



**INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL**
DESDE 1902



**UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA**

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**Saúde sexual e reprodutiva no contexto das migrações em
mulheres praticantes de comércio informal transfronteiriço em
Moçambique**

Joana Fernando Vicente Gomes Taela Salia

**TESE PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE INTERNACIONAL -
SAÚDE PÚBLICA TROPICAL**

Novembro de 2018



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**Saúde sexual e reprodutiva no contexto das migrações em
mulheres praticantes de comércio informal transfronteiriço em
Moçambique**

Autora: Joana Fernando Vicente Taela Salia

Orientadora: Inv^a. Doutora Isabel Craveiro

Coorientadores:

Prof^a. Doutora Sónia Dias

Prof. Doutor Moshin Sidat

Tese apresentada para o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção de grau de Doutor em
Saúde internacional - Saúde Pública Tropical

Apoio financeiro do Instituto Camões para a Língua e Cooperação

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço ao Instituto Camões para a Língua e Cooperação pela Bolsa de Estudo que me foi atribuída, pelo que tomo a oportunidade para agradecer particularmente as duas diretoras que estiveram em frente da instituição entre 2012 e 2015.

Gostaria de agradecer especialmente a minha orientadora a Inv^a Doutora Isabel Craveiro pela sábia e incansável orientação para a efectivação desta tese. A sua disponibilidade para mim tem sido sem precedência.

Com o mesmo carinho faço os meus agradecimentos aos co-orientadores, Sónia Dias e Moshin Sidat pelo valioso contributo no auxílio dado para o alcance desta meta que me propus atingir.

Devo agradecer também:

- Ao outro membro da Comissão tutorial, o Prof^o José Martinez de Oliveira pelas suas valiosas contribuições nesta pesquisa.
- À Prof^a Catedrática Maria do Rosário Oliveira Martins pelo seu apoio estatístico.
- Ao senhor presidente da Associação Mukhero, Sudecar Novela, pela sua pronta abertura e disponibilidade no fornecimento de dados da agremiação que permitiram dar o arranque das atividades da pesquisa.
- Às mulheres mukheristas por terem aceite participar no estudo.
- Ao Instituto Superior de Ciências de Saúde - ISCISA, instituição onde eu sou funcionária, pelo apoio logístico complementar prestado para a conclusão deste doutoramento.
- Aos estudantes finalistas do ISCISA em 2015, nomeadamente, Hélio Martins, António Nhambombe, João Utoveja e Sheila Chambule pelo apoio no processo de recolha dos dados.
- Ao Dr. Rui Almeida e à Dra. Daniela Alves pelo seu apoio no processamento dos dados.

- À equipa da UEM liderada pela Profª Doutora Inês Raimundo, no esclarecimento sobre algumas questões migratórias em Moçambique, e a Dra. Felizarda Jorge, pelo apoio dado na fase inicial da recolha dos dados do estudo qualitativo.

Finalmente, e não menos importante, gostaria de expressar o meu agradecimento à minha família, em especial à minha mãe que faleceu recentemente, que sempre foi o meu grande suporte nos momentos mais difíceis da minha vida.

RESUMO

O reconhecimento da necessidade da compreensão do fenómeno da mobilidade e migração internacional feminina intensificou o debate sobre o tema, devido às proporções que vem atingindo, à complexidade dos fatores e aos desafios para a Saúde Pública. Em Moçambique, milhares de mulheres praticantes de comércio informal transfronteiriço conhecido por *Mukhero*, atravessaram as fronteiras de forma circular e num processo pouco conhecido, para os países vizinhos bastante afetados pelo VIH/SIDA, trazendo grandes desafios para a saúde pública devido às estratégias, práticas e comportamentos usados por algumas mulheres, aumentando o risco e vulnerabilidade para as infeções sexualmente transmissíveis (ISTs) incluindo o VIH/SIDA e gravidezes indesejadas.

Objetivo: Analisar os fatores de procura e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) e dos determinantes de vulnerabilidade para as ISTs/VIH/SIDA e gravidezes indesejadas nas mulheres *mukheristas* residentes na cidade e província de Maputo, sul de Moçambique.

Metodologia: Realizou-se um estudo misto (qualitativo/quantitativo), com a participação de mulheres *mukheristas* que atravessaram as fronteiras da Namaacha, Ressano Garcia e Goba, entre maio de 2014 a setembro de 2015. Foram efetuados grupos focais e aplicados 200 questionários estruturados às mulheres. Posteriormente, foi efetuada a Análise de Conteúdo, Estatística Descritiva e Regressão Logística.

Os resultados do estudo qualitativo revelaram que as motivações para a prática do *mukhero* foram o desemprego e os baixos salários, a pobreza e a falta de escolarização. Estas mulheres reportaram experiências de maus-tratos pelos agentes alfandegários, polícias e camionistas; extorsão, violência física, verbal e psicológica; apreensão deliberada das suas mercadorias; assédio sexual incluindo a troca de favores sexuais para poderem fazer passar as suas mercadorias nas fronteiras. As estratégias adotadas consistiram na subdeclaração das mercadorias, solidariedade mútua e assédio sexual aos agentes e polícias alfandegários. Verificou-se uma mistura de níveis de conhecimento relativamente à transmissão e à prevenção das infeções sexualmente transmissíveis e ao uso do preservativo; conhecimentos pouco consistentes, principalmente em relação ao

preservativo feminino; uso irregular de contraceptivos; e dificuldade em abordar e negociar os assuntos com os seus parceiros. As participantes procuraram os serviços públicos de saúde geralmente em situações de emergência, por falta de tempo, e declararam o recurso frequente à automedicação e preferência pelos serviços privados de saúde. Os fatores identificados que dificultam a utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva são a inadequação do horário das unidades sanitárias; o longo tempo de espera; os maus-tratos, as cobranças ilícitas e o mau atendimento por parte de alguns profissionais de saúde; e a falta de ética e profissionalismo no atendimento aos doentes.

Os resultados do estudo quantitativo indicaram que das 200 mulheres que participaram no estudo a maioria é escolarizada, vive praticamente apenas do *mukhero*, tem conhecimentos básicos mas não consistentes sobre o VIH/SIDA e pouco conhecimento acerca das outras ISTs, e tem pouca perceção de risco e vulnerabilidade em relação às ISTs e VIH/SIDA. A maioria (96.1%) usa métodos contraceptivos modernos; 48% tiveram gravidezes indesejadas e 28.5% procuraram os serviços de saúde sexual e reprodutiva. Da análise bivariada e de regressão logística verifica-se a um nível de significância de 95% que as mulheres que tiveram gravidezes indesejadas (OR=3.4); corrimento vaginal (OR=9.8); dor no baixo-ventre (OR=2.31); necessidade de fazer o planeamento familiar (OR=5.77); reclamaram pelo elevado tempo de espera no atendimento nas consultas (OR=1.85), procuraram mais vezes os serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) nos centros de saúde e hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em relação àquelas que não tiveram estas situações.

Conclusões: Os níveis de procura dos serviços de saúde sexual e reprodutiva que se situam nos 28.5% estão em linha com os dados existentes para o país. Os fatores de procura de cuidados de SSR que emergiram estão relacionados com as gravidezes indesejadas, sintomas de ISTs, necessidade de efectuar planeamento familiar e os longos tempos de espera no atendimento em unidades sanitárias do SNS. Existe um aparente paradoxo entre a alta percentagem de uso de contraceptivos e o elevado número de gravidezes indesejadas e abortos reportados por este grupo de mulheres. Mas devido às limitações do presente estudo, relacionadas com as pesquisas que incidem sobre populações de difícil acesso, mais estudos devem ser feitos por forma a aprofundar estes

e outros aspectos da pesquisa. Assim, devem ser realizados projectos de investigação-acção com esta população que forneçam evidência para os decisores políticos elaborarem programas e serviços apropriados às necessidades deste grupo populacional e para os trabalhadores de saúde poderem actuar com base em conhecimento.

Palavras-chave: Saúde Sexual e Reprodutiva, mulheres praticantes de comércio informal transfronteiriço, migração, Moçambique.

ABSTRACT

The recognition of the need to understand the phenomenon of international women's mobility and migration intensified the debate, due to the proportions it has reached, the complexity of the factors and the challenges for Public Health. In Mozambique, thousands of women practitioners of informal cross-border trade, known as *Mukhero*, have crossed borders in a circular way and in a process that is not well known, to neighbouring countries heavily affected by HIV / AIDS, which represent a major challenge to public health due to strategies, practices and behaviours used by some women, increasing the risk and vulnerability to sexually transmitted infections (STIs) including HIV / AIDS and unwanted pregnancies.

Objective: To analyse the demand and use of sexual and reproductive health (SRH) services and vulnerability determinants for STIs / HIV / AIDS and unwanted pregnancies among *mukherist* women living in the city and province of Maputo, southern Mozambique.

Methodology: A mixed study (qualitative / quantitative) was carried out with the participation of *mukherist* women who crossed the borders of Namaacha, Ressano Garcia and Goba between May 2014 and September 2015. Focus groups were conducted and 200 structured questionnaires were applied to women and content analysis, descriptive statistics and Logistic Regression were done.

The results of the qualitative study revealed that the motivations for *Mukhero* practice were unemployment and low wages; poverty and low levels of schooling. These women have experienced mistreatment by customs officers, police and truck drivers; extortion, physical, verbal and psychological violence; confiscation of their goods; sexual harassment including the exchange of sexual favours in order to pass their goods across borders. The adopted strategies consisted in the understatement of the merchandise, mutual solidarity and sexual harassment to the agents and customs police. A blend of knowledge levels regarding the transmission and prevention of sexually transmitted infections and the use of condoms; non-consistent knowledge, particularly in relation to the female condom; irregular use of contraceptives; and difficulty in addressing and negotiating with their partners were reported. Participants used public health services

only in emergency situations due to lack of time, and frequent self-medication was reported as well as preference for private health services. The identified factors that hinder the use of sexual and reproductive health services are the inadequate schedule of health centres; the long waiting time; mistreatment, illegitimate charging and the poor service by some health professionals; and the lack of ethics and professionalism in patient care.

The results of the quantitative study indicated that of the 200 women that participated in the study, most has some type of instruction, live almost exclusively from *Mukhero*, have basic knowledge about HIV / AIDS although they are not consistent, and have limited knowledge of other STIs, and have inadequate perception of risk and vulnerability in relation to STIs and HIV / AIDS. The majority (96.1%) used modern contraceptive methods; 48% had unwanted pregnancies and 28.5% sought sexual and reproductive health services. From bi-varied analysis and logistic regression, at a 95% significance level, it was found that for women who had unwanted pregnancies (OR = 3.4); vaginal discharge (OR = 9.8); pain in the lower abdomen (OR = 2.31); need for family planning (OR = 5.77); complained about the waiting time in the medical appointments (OR = 1.85), sought sexual and reproductive health services more frequently in the NHS health centres and hospitals in relation to those who did not have these situations.

Conclusions: The levels of demand for sexual and reproductive health services at 28.5% are in line with known data for the country. The factors of demand for sexual and reproductive health care that have emerged are related to unwanted pregnancies, STI symptoms, need for family planning, and long waiting time for care in NHS. But due to the limitations of the present study, related to research on hard-to-reach populations, more studies should be conducted to deepen these and other aspects of the research. There is an apparent paradox between the high percentage of contraceptive use and the high number of unwanted pregnancies and abortions reported by this group of women. Action-research projects should therefore be carried out with this population to provide evidence for policy makers to design programs and services appropriate to the needs of this specific population group and for health workers to be able to act on the basis of knowledge.

Key words: Sexual and Reproductive Health, women practitioners of cross-border informal trade, migration, Mozambique.

ÍNDICE GERAL

| | |
|--|-----|
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 2. OBJETIVOS | 4 |
| 3. REVISÃO DA LITERATURA | 6 |
| 3.1. Descrição geral do país | 6 |
| 3.1.1. Geografia e História | 6 |
| 3.1.2. Aspectos demográficos e socioeconómicos | 6 |
| 3.1.3. Perfil de Saúde de Moçambique | 8 |
| 3.1.4. Estatísticas e Legislação de Migração e Saúde em Moçambique | 12 |
| 3.2. Alta mobilidade e migração populacional | 13 |
| 3.2.1. Feminização da alta mobilidade e migração na região da SADC | 19 |
| 3.2.2. Alta mobilidade e Comércio informal transfronteiriço no sul de Moçambique | 19 |
| 3.3. Saúde sexual e reprodutiva no contexto de alta mobilidade e migração | 29 |
| 3.3.1. Determinantes de vulnerabilidade | 30 |
| 3.3.2. Infecções Sexualmente Transmissíveis incluindo o VIH/SIDA | 35 |
| 3.3.3. Planeamento Familiar e Contraceção | 53 |
| 3.3.4. Aborto (in) seguro | 61 |
| 4. MATERIAL, POPULAÇÃO E MÉTODOS | 63 |
| 4.1. Tipo de estudo | 63 |
| 4.2. População | 66 |
| 4.3. Aspectos éticos | 67 |
| 5. ESTUDO QUALITATIVO | 69 |
| 5.1. Objetivos do estudo qualitativo | 71 |
| 5.2. Técnica de recolha de dados | 71 |
| 5.3. Critérios de inclusão nos grupos focais | 73 |
| 5.4. Amostra | 73 |
| 5.5. Amostragem | 73 |
| 5.6. Instrumentos de recolha de dados | 73 |
| 5.7. Procedimento | 74 |
| 5.8. Análise dos Dados | 75 |
| 5.9. Resultados | 78 |
| 5.9.1. Características sociodemográficas | 79 |
| 5.9.2. Prática do <i>Mukhero</i> | 81 |
| 5.10. Saúde sexual e reprodutiva | 87 |
| 5.10.1. Informações sobre o programa da semana de saúde da mãe e da criança | 87 |
| 5.10.2. Principais problemas de saúde sexual reprodutiva | 88 |
| 5.10.3. Perceção de risco e vulnerabilidades face às ISTs/VIH | 88 |
| 5.10.4. Conhecimentos sobre ISTs/VIH/SIDA | 90 |
| 5.10.5. Uso do Preservativo | 91 |
| 5.10.6. Uso de métodos contraceptivos | 93 |
| 5.10.7. Práticas de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG) | 96 |
| 5.11. Procura/utilização e acesso/oferta aos serviços de saúde | 97 |
| 5.11.1. Perceção sobre o padrão de procura e utilização dos serviços de saúde | 98 |
| 5.11.2. Perceção sobre acesso e oferta de serviços de saúde públicos | 99 |
| 5.12. Discussão | 104 |
| 6. ESTUDO QUANTITATIVO | 123 |
| 6.1. Objetivos do estudo quantitativo | 123 |
| 6.2. Amostragem e amostra | 124 |

| | |
|--|-----|
| 6.3. Variáveis | 128 |
| 6.4. Inquérito por questionário..... | 129 |
| 6.5. Instrumentos de recolha de dados | 129 |
| 6.6. Processamento e Análise de Dados | 130 |
| 6.7. Estudo piloto | 132 |
| 6.8. Supervisão e controle de qualidade | 132 |
| 6.9. Resultados | 133 |
| 6.9.1. Estatística descritiva | 133 |
| 6.9.1.3. Consciência da problemática e conhecimentos, atitudes e práticas das ISTs/VIH/SIDA | 138 |
| 6.9.2. Análise estatística bivariada | 162 |
| 6.9.3. Análise de Regressão Logística..... | 164 |
| 6.9.4. Discussão | 167 |
| 7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES | 183 |
| 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 186 |
| 9. APÊNDICES | 206 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1: Pirâmide etária da população de Moçambique por sexo e grupos etários, 2012. | 7 |
| Figura 2: Distribuição dos óbitos entre adultos de sexo feminino, por faixa etária e por causa básica de óbito, 2009-2011..... | 10 |
| Figura 3: Modelo de Dahlgren e Whitehead | 31 |
| Figura 4: Evolução global da epidemia do VIH entre os anos de 1999 a 2009..... | 37 |
| Figura 5: Prevalência do VIH dos 15-49 anos na África subsaariana/SADC, 1999-2009..... | 38 |
| Figura 6: Prevalência de VIH por sexo e por província (mulheres e homens de 15-49 anos). .. | 39 |
| Figura 7: Prevalência do VIH por estado civil em homens e mulheres dos 15-49 anos. | 39 |
| Figura 8: Taxa global de fecundidade por mulher em Moçambique, 19950 – 2011. | 55 |
| Figura 9: Taxas de prevalência de uso de contraceptivos modernos em mulheres de 15-49 anos de idade nos países da África Austral, 1990-2011..... | 58 |
| Figura 10. Mapa do sul de Moçambique com as três fronteiras de Ressano Garcia, Namaacha e Goba, 2015. | 67 |
| Figura 11: Esquema da amostragem aleatória sistemática utilizada no estudo, 2015, Maputo. | 126 |
| Figura 12: Atividades exercidas antes da prática do <i>Mukhero</i> (%). Maputo cidade e província, 2015. | 135 |
| Figura 13: Distribuição das mulheres quanto ao início da prática do <i>Mukhero</i> . Cidade e província de Maputo, 2015..... | 136 |
| Figura 14: Tipos de produtos comprados nos países vizinhos. Cidade e província de Maputo, 2015. | 137 |
| Figura 15: Mulheres <i>mukheristas</i> que fizeram o teste do VIH antes do inquérito. Cidade e província de Maputo, 2015..... | 140 |
| Figura 16: Possibilidades de contrair VIH no seio das mulheres <i>mukheristas</i> , Cidade e província de Maputo, 2015..... | 143 |
| Figura 17: Percentagem de participantes que fez testagem para a sífilis, Cidade e província de Maputo, 2015..... | 144 |
| Figura 18: Percentagem de participantes que fez testagem para a HPV, Cidade e província de Maputo, 2015..... | 147 |
| Figura 19: Distribuição de mulheres que usam algum método de contraceção para fazer planeamento familiar. Cidade e província de Maputo, 2015. | 152 |

| | |
|---|-----|
| Figura 20: Métodos de contraceção usados pelas mulheres entrevistadas. Cidade e província de Maputo, 2015..... | 153 |
| Figura 21: Distribuição das mulheres que tiveram gravidezes indesejadas. Cidade e província de Maputo, 2015. | 156 |
| Figura 22: Distribuição de mulheres que procuraram os serviços de SSR no SNS nos últimos 30 dias anteriores ao inquérito, Cidade e província de Maputo, 2015. | 158 |
| Figura 23: Distribuição das mulheres em relação ao grau de satisfação ou insatisfação com os serviços de SSR do SNS, Cidade e província de Maputo, 2015. | 160 |

ÍNDICE DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1: Indicadores socioeconómicos e de saúde de Moçambique comparados com os da República Sul Africana (RSA) e Suazilândia. | 8 |
| Tabela 2: Coberturas de Planeamento Familiar (PF), Consultas-Pré-Natais (CPN) e Partos institucionais (PI) por província em 2011 e 2015. | 11 |
| Tabela 3: Movimento migratório transfronteiriço nas 4 fronteiras do sul de Moçambique em 2015. | 12 |
| Tabela 4: Tipologias de alta mobilidade e migração | 16 |
| Tabela 5: Infecções sexualmente transmissíveis diagnosticadas e tratadas em Moçambique entre 2013-2015..... | 36 |
| Tabela 6: Coberturas de Planeamento Familiar (PF) (%) por província entre 2011 e 2015..... | 54 |
| Tabela 7: Fases da pesquisa..... | 63 |
| Tabela 8: Dimensões e categorias de análise..... | 78 |
| Tabela 9: Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes nos grupos focais..... | 80 |
| Tabela 10: Resumo dos pontos centrais dos relatos emergidos nas discussões dos grupos focais, Cidade e província de Maputo, 2014. | 98 |
| Tabela 11: Caracterização sociodemográfica da amostra segundo a faixa etária e estado civil e habilitações literárias. Maputo cidade e província, 2015. | 134 |
| Tabela 12: Distribuição dos motivos para a prática do Mukhero e o número de deslocações para os países vizinhos. Cidade e província de Maputo, 2015. | 136 |
| Tabela 13: Distribuição das mulheres segundo o rendimento, seu uso e benefícios de pertencer a Associação <i>Mukhero</i> . Cidade e província de Maputo, 2015..... | 138 |
| Tabela 14: Distribuição de mulheres que já ouviram falar das seguintes ISTs. Cidade e província de Maputo, 2015..... | 139 |
| Tabela 15: Distribuição de mulheres quanto aos conhecimentos sobre a transmissão do VIH/SIDA. Cidade e província de Maputo, 2015..... | 141 |
| Tabela 16: Distribuição de mulheres quanto aos conhecimentos sobre a prevenção de VIH. Cidade e província de Maputo, 2015. | 142 |
| Tabela 17: Distribuição das formas de transmissão e prevenção da sífilis. Cidade e província de Maputo, 2005..... | 145 |
| Tabela 18: Perceção de perigo de contrair a sífilis em grupos de risco. Cidade e província de Maputo, 2015..... | 146 |

| | |
|--|-----|
| Tabela 19: Distribuição das formas de transmissão e prevenção do HPV. Cidade e província de Maputo, 2005..... | 148 |
| Tabela 20: Distribuição de frequência e percentual de mulheres que podem estar em perigo de contrair o HPV e a possibilidade das <i>mukheristas</i> em contrair o HPV. Cidade e província de Maputo, 2015..... | 149 |
| Tabela 21: Distribuição de mulheres por número de parceiros sexuais, relações sexuais ocasionais, uso do preservativo, relações sexuais por troca de dinheiro, bens e serviços. Cidade e província de Maputo, 2015..... | 151 |
| Tabela 22: Motivo para o uso dos contraceptivos modernos, facilidades e dificuldades na obtenção no SNS. Cidade e província de Maputo, 2015..... | 154 |
| Tabela 23: Distribuição das mulheres quanto ao desfecho das gravidezes indesejadas, Cidade e província de Maputo, 2015..... | 156 |
| Tabela 24: Sintomas, sinais de ISTs e necessidade de fazer PF, Maputo cidade e Província. Cidade e província de Maputo, 2015. | 157 |
| Tabela 25: Distribuição sobre decisão na procura de serviços de SSR, Maputo, Cidade e província de Maputo, 2015..... | 159 |
| Tabela 26: Distribuição dos motivos de insatisfação em relação aos SSR do SNS, Cidade e província de Maputo, 2015..... | 161 |
| Tabela 27: Análise bivariada dos fatores de procura dos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva nos últimos 30 dias, 2015. | 163 |
| Tabela 28: Fatores associados a procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva nos trinta dias anteriores ao inquérito..... | 165 |
| Tabela 29: Fatores associados à procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva nos trinta dias anteriores ao inquérito..... | 166 |

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|----------------|--|
| CDC | <i>Center for Disease Control and Prevention</i> |
| CCU | Cancro do Colo do Útero |
| CEPSA | Centro de Pesquisa em População e Saúde |
| CIPD | Conferência Internacional da População e Desenvolvimento |
| CNCS | Conselho Nacional de Combate ao SIDA |
| CPN | Consulta Pré-Natal |
| CSP | Cuidados de Saúde Primários |
| DNM | Direção Nacional de Migração |
| DNSP | Direção Nacional de Saúde Pública |
| DSMC | Departamento de Saúde da Mulher e Criança |
| DSCM | Direção de Saúde da Cidade de Maputo |
| DTS | Doenças de Transmissão Sexual |
| EUA | Estados Unidos da América |
| EVN | Esperança de Vida ao Nascer |
| FRELIMO | Frente de Libertação de Moçambique |
| GA | Gabinete de Atendimento |
| HCM | Hospital Central de Maputo |
| HPV | <i>Human Papiloma Vírus</i> |
| IEC | Informação, Educação e Comunicação |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IDS | Inquérito Demográfico e de Saúde |
| INE | Instituto Nacional de Estatística |

| | |
|---------------|--|
| INS | Instituto Nacional de Saúde |
| INSI | Inquérito Nacional do Sector Informal |
| ISCISA | Instituto Superior de Ciências de Saúde |
| ISTs | Infeções Sexualmente Transmissíveis |
| INSIDA | Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos, Comportamentos e Informação sobre o HIV/SIDA |
| IOM | <i>International Organizational for Migration</i> |
| IVG | Interrupção Voluntária da Gravidez |
| MMAS | Ministério de mulher e Ação Social |
| MGCAS | Ministério do Género, Criança e Ação Social |
| MISAU | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PAM | População de alta mobilidade |
| PEN | Plano Estratégico Nacional |
| PI | Parto Institucional |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PF | Planeamento Familiar |
| PES | Plano Económico e Social |
| PESS | Plano Estratégico Sector Saúde |
| RSA | República Sul -Africana |
| RENAMO | Resistência Nacional Moçambicana |
| SIDA | Síndrome de Imunodeficiência Adquirida |
| SADC | Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral |
| SAMP | <i>Southern African Migration Project</i> |

| | |
|---------------|--|
| SNS | Serviço Nacional de Saúde |
| DSR | Direitos Sexuais e Reprodutivos |
| SRH | Sexual and Reproductive Health |
| SSR | Saúde Sexual e Reprodutiva |
| TMI | Taxa de Mortalidade Infantil |
| TMM | Taxa de Mortalidade Materna |
| TV | Televisão |
| UA | Unidade Sanitária |
| EU | União Europeia |
| UEM | Universidade Eduardo Mondlane |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |
| UNPFA | Fundo das Nações Unidas para a População |
| UNAIDS | Programa das Nações Unidas para o VIH/SIDA |
| WHO | <i>World Health Organization</i> |
| VIH | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| VCMR | Violência Contra a Mulher e Rapariga |

1. INTRODUÇÃO

A alta mobilidade e migração feminina internacional têm vindo a crescer a um ritmo bastante acelerado. O reconhecimento da necessidade da compreensão do fenómeno faz com que este tema seja dos mais debatidos na actualidade devido às proporções que vem atingindo, à complexidade dos fatores que o origina e aos desafios que traz para a Saúde Pública, Sistemas e Serviços de Saúde, requerendo políticas apropriadas e programas de gestão e resposta atempadas (IOM, 2010a; Dias et al., 2009; Sargent, 2011; Merry et al., 2011; Alencar, 2010).

Em 2015 estimava-se que 244 milhões de pessoas viviam fora dos seus países de nascimento, 48% das quais eram mulheres. A feminização dessa mobilidade e migração traz oportunidades e desafios para a mulher, tanto ao nível identitário, como social, familiar e económico, implicando riscos e vulnerabilidades, particularmente de saúde sexual e reprodutiva (IOM, 2015).

As condições de saúde sexual e reprodutiva no continente africano são graves na medida em que milhões de pessoas estão infetadas com o vírus do VIH, sendo maioritariamente mulheres. Por outro lado, muitas mortes maternas e infantis ocorrem e continua a registar-se um elevado número de necessidades não satisfeitas para o planeamento familiar, levando a um aumento da população que acaba sufocando o crescimento económico e os serviços sociais básicos (educação e saúde), contribuindo para o ciclo vicioso de pobreza e de maus cuidados de saúde (UNAIDS, 2012).

Muitos fatores têm sido divulgados para o agravamento destes indicadores, nomeadamente: baixas condições socioeconómicas; altas taxas de fecundidade devido ao baixo uso de contraceptivos modernos; fraca capacidade da mulher em negociar a vida sexual com o parceiro; baixo conhecimento em relação à transmissão de doenças; práticas culturais enraizadas tais como a mutilação genital feminina, a purificação sexual da viúva; comportamentos e representações sociais relativamente à procura e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva (UNFPA, 2007; Dias et al., 2009; Backstrom, 2006; Craveiro et al., 2011).

Na região da SADC (*Southern African Development Community*), o maior número de população móvel e migrante era tradicionalmente constituído por indivíduos do sexo masculino que migravam para os países vizinhos, como a República Sul Africana (RSA) e Swazilândia, em busca de trabalho nas minas e grandes campos agrícolas (IOM, 2010b).

Entretanto, Moçambique continua a ser considerado ainda como um país de origem. Apesar de não haver dados consistentes sobre a mobilidade populacional interna e internacional, estima-se que em 2015 cerca de 223.000 indivíduos em Moçambique eram imigrantes, 3.174.830 (13.2%) moçambicanos viviam na diáspora e mais de 7 milhões de indivíduos atravessaram anualmente as fronteiras do país, sendo 52% mulheres, maioritariamente praticantes de comércio informal transfronteiriço (DNM, 2015; Raimundo, 2011a).

Esse elevado número de mulheres praticantes de comércio informal transfronteiriço movimenta-se de forma circular/pendular (movimento de ida e volta constante), num processo pouco conhecido, para os países vizinhos bastante afetados pelo VIH/SIDA, (UNAIDS, 2010; IOM, 2010b). Este facto deveu-se ao fim do regime de segregação racial na República Sul Africana, à abolição dos vistos, à reconstrução de infraestruturas tais como estradas e pontes e à estratégia de integração económica entre os países da SADC (IOM, 2010d).

A procura de meios de sobrevivência leva a que muitas mulheres moçambicanas enveredem pelo comércio informal transfronteiriço. Esta prática conhecida por *Mukhero* no sul de Moçambique, tem sido o dia-a-dia de inúmeras mulheres, em particular aquelas residentes na cidade e província de Maputo, constituindo enormes desafios, sobretudo no que diz respeito à sua saúde sexual e reprodutiva.

O comércio informal transfronteiriço é uma nova estratégia de sobrevivência para muitos moçambicanos. Este fenómeno dominado principalmente por mulheres, traz grandes desafios para a saúde pública, devido às estratégias e práticas usadas por algumas delas para a consecução deste tipo de negócio. De entre essas estratégias encontra-se a fuga ao fisco e a prestação de favores sexuais, sendo estas mulheres que pagam o preço mais alto nos esquemas de travessia pela fronteira, dado que elas têm

que se envolver em comportamentos de risco para garantir que os seus bens não sejam apreendidos (Chivangue, 2012).

Segundo a *International Organization of Migration* (IOM, 2005: 31), estas mulheres são igualmente vulneráveis ao assédio sexual, coerção e violência por parte dos oficiais das alfândegas nas fronteiras, motoristas e outros, e muitas vezes elas são forçadas a usarem o sexo como forma de obtenção de comida, transporte e outras trocas de favores ao longo do processo de mobilidade. Estas situações têm sido descritas como fatores que contribuem grandemente para o aumento do risco e vulnerabilidade para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), gravidezes indesejadas e baixo acesso e procura de Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), incluindo o Planeamento Familiar (PF) e contraceção (IOM, 2005).

O *Mukhero* apesar de ser “reconhecido” pelas autoridades governamentais como tendo um papel decisivo no desenvolvimento da economia nacional, na reprodução e empoderamento socioeconómico da mulher, não é acompanhado por políticas e estratégias concertadas para lidar com o fenómeno no país.

Tendo em conta a maneira como este fenómeno se processa, caracterizado por barreiras institucionais (alfandegárias, aduaneiras e outras) desde o transporte, local de aquisição das mercadorias, sua travessia pelas fronteiras e posterior revenda na cidade e província de Maputo, faz com que algumas destas mulheres *mukheristas* adotem estratégias e práticas que aumentam o risco e vulnerabilidade de saúde sexual e reprodutiva. Infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH, gravidezes indesejadas, aborto inseguro, são descritos como sendo problemas muito comuns entre estas mulheres de alta mobilidade (Warenius, 2008).

De acordo com a revisão da literatura, muitos estudos têm sido divulgados no país, maioritariamente sócioantropológicos, económicos e de saúde relativos à migração laboral associada ao risco de transmissão do VIH/SIDA em mineiros, camionistas de longo curso e trabalhadoras de sexo (Raimundo, 2009b e 2009c; Covane, 1996; Feliciano, 1998; Manganhela, 2006; Chichava, 1998; Chivangue, 2012; Matsimbe, 2013; MISAU, INS, CDC, Pathfinder International e I-TECH, 2013). Entretanto, são

escassas as pesquisas de carácter epidemiológico-social sobre os determinantes de vulnerabilidade, necessidades, comportamentos e factores associados à procura, acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, com destaque para as ISTs/VIH/SIDA e planeamento familiar em mulheres de alta mobilidade praticantes de comércio informal transfronteiriço residentes na cidade e província de mesmo nome - Maputo.

É nesse sentido que considerámos ser pertinente a realização desta pesquisa, de modo a trazer o tema à reflexão e apresentar propostas para a elaboração de políticas e estratégias de intervenção apropriadas, num país onde não existem Políticas e Estratégias específicas de Saúde Sexual e Reprodutiva para este grupo de mulheres.

Questões centrais :

1. Quais os factores associados à procura e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva?
2. E quais os determinantes de vulnerabilidade para as ISTs/VIH/SIDA e gravidezes indesejadas destas mulheres de alta mobilidade e praticantes de comércio informal transfronteiriço residentes na cidade e província de Maputo?

2. OBJETIVOS

Geral: Analisar os fatores de procura, acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e os determinantes de vulnerabilidade para as ISTs/VIH/SIDA e gravidezes indesejadas nas mulheres de alta mobilidade e praticantes do comércio informal transfronteiriço residentes na cidade e província de Maputo.

Objetivos específicos:

1. Avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas relativamente à saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planeamento familiar e as infeções sexualmente transmissíveis nas mulheres de alta mobilidade praticantes do comércio informal transfronteiriço residentes na cidade e província de Maputo;

2. Analisar os fatores de procura e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva incluindo o planeamento familiar e as ISTs/VIH/SIDA por parte destas mulheres;
3. Identificar as necessidades não atendidas com relação às ISTs e planeamento familiar incluindo a contraceção;
4. Analisar a percepção de risco e vulnerabilidades face às ISTs incluindo o VIH e as gravidezes indesejadas nas mulheres *Mukheristas* residentes na cidade e província de Maputo.

Para o prosseguimento da análise desta problemática, esta tese estará organizada em vários capítulos. A primeira parte é composta por introdução, justificativa, as questões da pesquisa e seus objetivos.

No capítulo 2 segue-se a revisão da literatura, apresentando primeiro o perfil geográfico, demográfico, socioeconómico e de saúde, políticas e legislação da saúde sexual e reprodutiva no contexto da alta mobilidade e migração. E descrevendo o estado da arte em relação aos determinantes de vulnerabilidade dos dois subtemas centrais do estudo - as infeções sexualmente transmissíveis com destaque para o VIH/SIDA e o planeamento familiar e contraceção, interrupção (in)voluntária da gravidez.

No capítulo 3 descrevemos a metodologia adotada para a operacionalização da pesquisa, primeiro do estudo qualitativo e depois do quantitativo.

No capítulo 4 são apresentados os resultados do estudo qualitativo e respetiva discussão.

No capítulo 5 apresentam-se os resultados do estudo quantitativo e igualmente a sua discussão.

Finalmente, apresentamos as conclusões e recomendações dos dois estudos em conjunto, encerrando depois com as referências bibliográficas e apêndices.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Antes de entrarmos na temática da alta mobiliade e migração populacional, procedemos a uma breve caracterização da geografia de Moçambique, o perfil social e de saúde do país, seguido do resumo dos indicadores dos três países, Moçambique, Swazilândia e RSA mencionados anteriormente.

3.1. Descrição geral do país

3.1.1. Geografia e História

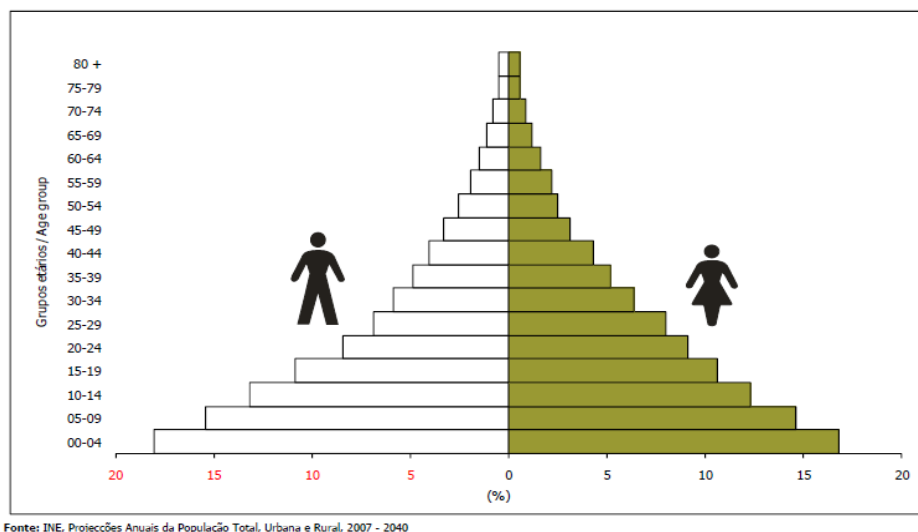
Moçambique situa-se na faixa sul-oriental do Continente Africano, fazendo fronteira ao norte com a Tanzânia; ao Oeste com o Malawi, Zâmbia, Zimbabwe; e a sul com a Swazilândia e África do Sul, constituindo um vital corredor para os países do interior. Tem uma superfície de 799.380Km² e é banhado pelo Oceano Índico numa extensão de 2470Km. É constituído por 11 províncias, sendo que Maputo cidade e Maputo província se situam no sul do país onde ocorreu o estudo (IDS, 2003).

O país tornou-se independente de Portugal em 1975, após dez anos de luta armada de libertação nacional movida pela FRELIMO e o primeiro governo estabeleceu uma estratégia de transformação socialista da sociedade moçambicana. Depois deste período o país viveu uma instabilidade político-militar que “terminou” com a assinatura do acordo de paz em 1992.

3.1.2. Aspetos demográficos e socioeconómicos

Moçambique tem uma população caracteristicamente jovem, estimada em cerca de 24.500.000 de habitantes, dos quais 52% são mulheres (Figura 1), maioritariamente vivendo nas zonas rurais (INE, 2012).

Figura 1: Pirâmide etária da população de Moçambique por sexo e grupos etários, 2012.



Apesar de o país ser rico em recursos naturais e da sua posição geoestratégica na região Austral de África, Moçambique continua a ser um dos países mais pobres do mundo, com um PIB de 1.070 USD, com um dos mais baixos índices de desenvolvimento humano, classificado na 180ª posição, numa lista de 189 países. Cerca de 70% da população é pobre, com maior incidência nas áreas rurais (UNDP, 2015).

Os índices nacionais de pobreza apresentam em Moçambique como um país marcado por uma profunda desigualdade social, acompanhada de uma crescente deterioração de serviços básicos e habitação (Osório & Cruz e Silva, 2016).

A tendência de recuperação económica tem sofrido vários recuos devido aos conflitos político-militares que continuam até hoje, aos desastres naturais (seca, cheias e ciclones) (Osório & Cruz e Silva, 2016), e a suspensão da ajuda externa por parte do Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional devido às chamadas “dívidas ocultas”, descobertas há sensivelmente dois anos. Todos estes eventos, desde o período pré-independência até aos dias de hoje, têm criado movimentos populacionais constantes, tanto internos como internacionais.

Tendo em conta que este estudo versará sobre o movimento sul-sul e para evitar repetições mais adiante e melhor percebermos os diferentes meios geográficos, políticos, sociais e económicos dos três países vizinhos envolvidos neste debate

(Moçambique, República Sul-Africana e Suazilândia), é pertinente ilustrar conjuntamente alguns indicadores socioeconómicos e de saúde.

Tabela 1. Indicadores socioeconómicos e de saúde de Moçambique comparados com os da República Sul - Africana (RSA) e Suazilândia.

| Indicadores/ Países | Moçambique | Suazilândia | RSA |
|---|-------------------|--------------------|-------------|
| POP (UNFPA, 2012) | 24.500.000 | 1.200.000 | 50.700.000 |
| IDH (IDH, 2015) | 180 (0,416) | 150 (0,531) | 116 (0,666) |
| PIB - USD pc (UNFPA, 2012) | 897 | 5.200 | 8.342 |
| EVN em anos (UNFPA, 2012) | 52 | 49 | 54 |
| TMM /100.000 (UNFPA, 2012) | 490 | 320 | 300 |
| Taxa Fecundidade (UNFPA, 2012) | 5.9 | 3,2 | 2.4 |
| TMI/1000 NV (UNFPA, 2012) | 123 | 92 | 64 |
| HIV+ (UNAIDS 2009 e INSIDA 2009) | 11.5% | 25.9% | 17.8% |

3.1.3. Perfil de Saúde de Moçambique

Epidemiologicamente Moçambique é um país em pré-transição, dominado por um lado por doenças transmissíveis infecciosas e parasitárias, designadamente a malária, diarreias, infecções respiratórias, tuberculose e o VIH/SIDA e por outro, por doenças não transmissíveis como a hipertensão arterial, as cardiopatias, a diabetes, a asma, as neoplasias e o trauma, com destaque para os acidentes de viação e a violência, principalmente urbana (PEN III 2010 - 2014).

Esta transição epidemiológica é agravada pelo peso de patologias associadas ao sedentarismo, ao *stress* e aos estilos de vida da rápida urbanização. Os níveis de hipertensão arterial em moçambicanos são superiores a 41% nos indivíduos que vivem nas cidades, contra 26.8% nas zonas rurais. Na cidade de Maputo, por exemplo, a prevalência de sobrepeso nos homens é de 26% e nas mulheres, 51%. E acresce a estes fatores, a falta de ordenamento territorial, deficiente saneamento do meio, reduzidos espaços verdes, poluição do ar e sonora, aumento da violência urbana e aumento da

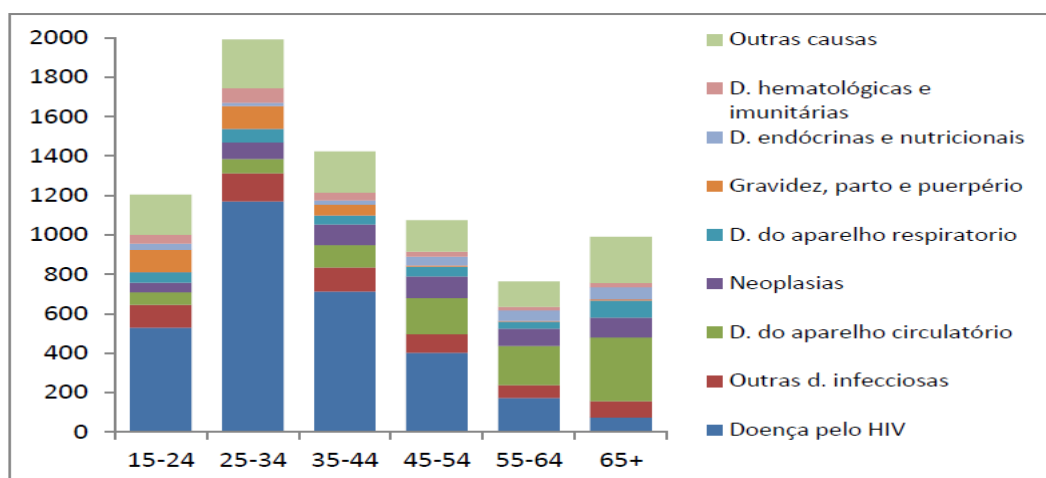
economia informal, tornando as cidades nefastas para a qualidade de vida saudável para os cidadãos (OMS, 2005; Prista et al. 2014).

A malária continua a ser uma das principais causas de morbi-mortalidade no país, constituindo cerca de 40% das consultas externas, com uma taxa de letalidade de 3.9% e 6.2% para crianças e adultos, respectivamente. Embora afecte todo o país de forma endémica, as comunidades rurais e mais pobres são as que mais sofrem os efeitos desta doença, devido à sua elevada transmissão, fraco acesso aos cuidados de saúde preventivos e curativos, e reduzido conhecimento em relação aos riscos e reduzida aderência às medidas de prevenção. Segue-se ainda o VIH e tuberculose, esta última patologia agrava ainda mais o quadro devido às características oportunistas associadas ao VIH/SIDA (INE, 2010; OMS, 2005).

Em 2009, o Ministério da Saúde (MISAU), iniciou uma análise da mortalidade intra-hospitalar, de dados agrupados dos anos 2009, 2010 e 2011, de todos os hospitais através do “Sistema de Registo de Óbitos Hospitalares” (Moçambique, 2009-2011), com vista a desenvolver sistemas que facilitassem o processo de gestão no Serviço Nacional de Saúde e que contribuíssem para o sucesso das políticas nacionais de saúde. Os resultados mostraram que 38% dos óbitos eram devidos a doenças infecciosas e parasitárias e de entre estes, 28% eram devidos a “doença pelo VIH”, seguidos de transtornos relacionados com a gestação, malária, tuberculose, hipertensão arterial, diabetes, acidentes de viação e tumores.

Analisando ainda os óbitos nas mulheres adulto-jovens (14-35 anos), os dados demonstraram que o VIH/SIDA causava cerca de 44% de óbitos nas mulheres de 15-24 anos e 59% nas mulheres de 25-34 anos, seguido de patologias ligadas à gravidez, parto e puerpério, que causam 9% de óbitos em mulheres de 15-24 anos e 6% em mulheres de 25-34 anos conforme mostra o gráfico 2 (MISAU, 2011).

Figura 2. Distribuição dos óbitos entre adultos de sexo feminino, por faixa etária e por causa básica de óbito, 2009-2011.



Fonte: Relatório sobre análise da mortalidade nacional intra-hospitalar – Moçambique 2009-2011.

Todo este panorama é agravado, por um lado, pela pobreza que ainda assola uma grande parte da população moçambicana (55%); pelo analfabetismo que é mais grave nas mulheres - 71.6% nas zonas rurais contra 31.4% nas zonas urbanas; subnutrição crónica em crianças, estimada em 44%; habitação precária e abastecimento de água potável limitado abrangendo cerca de 50.2% da população; altas taxas de mortalidade materna, baixas taxas de planeamento familiar e de partos institucionais (ver tabela 2), elevados índices de mortalidade infantil (tabela 1), e disparidades regionais no acesso e consumo de cuidados de saúde, onde 27% da população leva mais de uma hora a pé para alcançar uma unidade sanitária mais próxima (MISAU, 2001; MISAU, 2014; PEN III 2010 – 2014; INE, 2010; MISAU-DNSP, 2011; IOF 2014/2015).

Tabela 2: Coberturas de Planeamento Familiar (PF), Consultas-Pré-Natais (CPN) e Partos institucionais (PI) por província em 2011 e 2015.

| Província | PF (%) | | CPN (%) | | PI (%) | |
|-------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | 2011 | 2015 | 2011 | 2015 | 2011 | 2015 |
| Cabo Delgado | 16 | 31 | 100 | 99 | 69 | 88 |
| Niassa | 28 | 29 | 100 | 97 | 72 | 80 |
| Nampula | 17 | 33 | 100 | 100 | 65 | 89 |
| Zambézia | 18 | 25 | 100 | 94 | 57 | 64 |
| Tete | 44 | 42 | 85 | 100 | 50 | 71 |
| Manica | 24 | 51 | 100 | 100 | 78 | 80 |
| Sofala | 18 | 40 | 100 | 100 | 72 | 88 |
| Inhambane | 35 | 46 | 88 | 80 | 53 | 67 |
| Gaza | 26 | 34 | 94 | 80 | 59 | 72 |
| Província Maputo | 21 | 24 | 69 | 67 | 42 | 47 |
| Cidade de Maputo | 26 | 29 | 81 | 62 | 83 | 70 |
| Nacional | 23% | 34% | 97% | 89% | 63% | 75% |

Fonte: MISAU- DNSP, 2011.

O cenário é agravado pelas práticas socioculturais e crenças, que influenciam negativamente o estado de saúde da mulher, tais como: ritual de purificação sexual da viúva (*Kupitakufa*), práticas vaginais, que são nefastas para a saúde sexual e reprodutiva. Isto deve-se ao facto de uma parte significativa do povo moçambicano, especialmente nas zonas rurais, crer que os fenómenos da vida e da natureza são governados por entidades sobre-humanas e sobrenaturais. Porque, na verdade, sempre que as pessoas são confrontadas com situações sociais anormais tais como doenças, mortes, más colheitas, abortos, infertilidade e esterilidade, consideram que existem forças sobrenaturais muito poderosas que acionam essas situações. As acusações acabam muitas vezes em linchamentos, principalmente de mulheres idosas, na convicção de que matar o feiticeiro elimina a causa da feitiçaria e da doença (Serra, 2009; Mariano et al., 2011; Raimundo, 2009b).

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) em Moçambique criado depois da independência nacional em 1975, seguiu as orientações saídas da Conferência de Alma Ata. A declaração de Alma Ata enfatiza que o progresso dos indicadores da saúde depende de muitos fatores, tais como: a economia, educação, nutrição, o sistema de saúde, cultura, boa governação e a interligação com outros sectores. O acesso passou a ser universal e gratuito para todos os moçambicanos através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), e

cobrindo apenas 55% da população, uma larga maioria desta ainda recorre a medicina tradicional e outra pequena porção procura o sector privado que começou a operar em 1997 (MISAU, 2001; PEN III 2010 – 2014; MISAU-DNSP, 2011), e outras práticas socioculturais para a resolução dos problemas de saúde.

3.1.4. Estatísticas e Legislação de Migração e Saúde em Moçambique

As estatísticas relativas à mobilidade populacional em Moçambique são muito vagas e imprecisas. Esta fragilidade deve-se ao facto de não existirem no país dispositivos estatísticos adequados aos movimentos populacionais ao nível das fronteiras (Raimundo, 2011b). Mas pelo pouco que se sabe, o fluxo migratório está a aumentar, por um lado pela imigração ilegal (IOM, 2010b), e por outro, pela movimentação de mulheres para os países vizinhos.

Segundo os dados da Direcção Nacional da Migração, em 2015, 2.790.893 indivíduos atravessaram as fronteiras de Ressano Garcia, Namaacha, Goba e da Ponta d'Ouro, sul do país, conforme mostra a tabela 3.

Tabela 3: Movimento migratório transfronteiriço nas 4 fronteiras do sul de Moçambique em 2015.

| Meses | Ressano Garcia | Namaacha | Goba | Ponta d'Ouro |
|-----------|----------------|----------|--------|--------------|
| Janeiro | 147.883 | 6.471 | 10.568 | 2.874 |
| Fevereiro | 95.191 | 5.237 | 6.533 | 1.392 |
| Março | 86.488 | 4.445 | 4.697 | 1.203 |
| Abril | 82.152 | 5.210 | 6.466 | 1.560 |
| Maio | 85.019 | 4.911 | 4.971 | 1.391 |
| Junho | 96.833 | 5.019 | 5.248 | 1.311 |
| Julho | 96.126 | 4.726 | 4.770 | 1.107 |
| Agosto | 105.397 | 4.532 | 4.067 | 1.373 |
| Setembro | 98.704 | 6.127 | 3.935 | 1.824 |

| Meses | Ressano Garcia | Namaacha | Goba | Ponta d'Ouro |
|--------------------|------------------|----------|--------|--------------|
| Outubro | 115.399 | 4.988 | 4.194 | 1.635 |
| Novembro | 116.905 | 5.032 | 3.669 | 1.947 |
| Dezembro | 164.657 | 6.972 | 4.489 | 2.215 |
| Total | 1.290.754 | 63.670 | 63.607 | 19.832 |
| Total geral | 2.790.893 | | | |

Fonte: Direção Nacional de Migração (DNM, 2015).

Relativamente às políticas de alta mobilidade e migração, Raimundo (2011b) constatou que as migrações em Moçambique, por falta de instrumentos legais específicos, são regidas pelas leis gerais tais como a Constituição da República (Artigo 55º), Lei 5/93, a Lei do Trabalho e Convenções e Tratados Internacionais dos quais o país é signatário e que Moçambique necessita de forma urgente de instrumentos que assegurem a eficácia da livre circulação da população e garantir que a mobilidade e migrações sejam factor de redução da pobreza e de desenvolvimento.

No que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva, igualmente são inexistentes Políticas específicas para as pessoas de alta mobilidade e migrantes e as mesmas são cobertas pelas políticas genéricas, de entre elas constam: a) Plano Estratégico do Sector Saúde - PESS 2001-2005 – 2010 (MISAU 2001); b) A política Nacional da População (1999); c) Plano Operacional de Combate à SIDA (2009); d) Política Nacional de Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos (2007); e) Estratégia de Planeamento Familiar e Contracepção (2011-2015); f) Programa Nacional de Saúde da Mulher e da Criança (2010 – 2014); g) Política de Género e Estratégia de Implementação (2006); h) Estratégia de Inclusão da Igualdade de Género na Saúde (2009).

3.2. Alta mobilidade e migração populacional

É cada vez mais evidente que o mundo contemporâneo se caracteriza por uma gama de movimentos diferenciados, que têm consequências importantes para as sociedades, tanto de origem, assim como as de destino e sem descurar os locais de trânsito. E o envolvimento cada vez maior de mulheres nos movimentos migratórios em forma de

alta mobilidade e na chamada “*feminização da migração*” cresceu significativamente no final do século XX. As causas e consequências desta crescente mobilidade de mulheres não são idênticas às dos homens. Mas sabe-se no entanto, que estas são movidas muito mais pela busca de melhores condições de vida e de negócios, ou seja, por motivos económicos, do que para a reunificação familiar e procura de um emprego formal (IOM, 2010a; Lefko-Everett, 2007).

De modo a permitir uma melhor compreensão do tema, passamos a definir alguns conceitos chave usados ao longo do presente capítulo nomeadamente, população de alta mobilidade (PAM) e migração.

População móvel ou de alta mobilidade define-se como “*peessoas que se deslocam de um lugar a outro temporariamente, sazonalmente, devido a um conjunto de razões de carácter voluntário e/ou involuntário*” (IOM, 2009: 7).

Enquanto o conceito de migração, refere-se ao “*processo de deslocação, quer dentro de um país, quer através de uma fronteira internacional. Engloba qualquer tipo de deslocação de pessoas, independentemente da sua duração, da sua natureza ou das causas que a precipitam. Inclui a migração de refugiados, de deslocados internos, de pessoas despejadas e de pessoas que se deslocam por motivos económicos* “ (IOM, 2010a: 5).

O termo alta mobilidade é usado aqui, considerando que uma parte cada vez mais significativa dos movimentos populacionais com impactos sociais, económicos, políticos e ambientais não é caracterizada como mudança permanente ou semipermanente de residência, mas como movimentos pendulares/circulares, temporários, de curta duração (Lee, 1966).

Entre os principais grupos considerados de alta mobilidade, a literatura menciona nomeadamente: os camionistas de longo curso; marinheiros e pescadores; trabalhadores agrícolas sazonais; vendedores ambulantes, comerciantes formais e informais transfronteiriços (*mukheristas*); empregados móveis de grandes indústrias (mineiras,

petrolíferas, têxteis, de construção civil, etc.); trabalhadores de sexo (TS); trabalhadores domésticos, oficiais de migração, das alfândegas e da polícia; militares; pilotos; diplomatas (IOM, 2009).

Dos vários grupos mencionados, o presente estudo focar-se-á nas mulheres praticantes de comércio informal transfronteiriço, que em vários contextos recebem diferentes denominações, como é o caso de *Zunguenes* e *Quitandeiras* em Angola, *Rabidantes* em Cabo Verde (Grassi, 2007), *Mukheristas* no sul de Moçambique, onde ocorreu o estudo, e *Madjolidjo* ou *Jumper Border* no centro do país (Chivangue, 2012).

Tipologias e causas de alta mobilidade e migração

A alta mobilidade e migração populacional nacional e internacional, já não são hoje uma realidade que afeta determinadas populações específicas e marginalizadas. Constituem uma realidade generalizada, marcante da identidade de um mundo globalizado, que se caracteriza por uma multiplicidade de motivações e tipologias. Homens e mulheres, crianças e jovens são forçados a procurar outros destinos para viver e trabalhar, estudar, ou mesmo outras formas de sobrevivência (Marques e Góis, 2011), como comércio informal transfronteiriço, que é o caso das mulheres que participaram neste estudo.

Raimundo (2009c) refere que as razões que levam à decisão de migrar ou não por parte dos indivíduos influenciam os diferentes tipos de alta mobilidade e migração. Esses fatores incluem: curta ou longa distância, temporário ou permanente, interno ou atravessando fronteiras internacionais e migração sazonal.

Em Moçambique, as tipologias mais prevalentes de mobilidade e migração populacional são: a mobilidade e a migração internas, que incluem os deslocamentos populacionais, os movimentos que atravessam as fronteiras, incluindo o transfronteiriço; a migração laboral secular; e a migração forçada (Raimundo, 2009c).

Para este estudo, procuramos caracterizar os movimentos populacionais quanto à sua duração, magnitude, longitude, motivações, entre outras variáveis plasmadas na figura que se segue, com vista a encontrar uma tipologia adequada à nossa pesquisa.

Tabela 4: Tipologias de alta mobilidade e migração.

| Tipologias | | Configurações |
|---|---|--|
| Segundo a transposição de fronteiras | Nacionais (internas) | Localidade Distrito Municípios Província Interprovincial |
| | Internacionais | Intra-regionais Intra-continentais Intercontinentais |
| Segundo a duração/periodicidade | Movimentos pendulares/circulares | Diários Semanais Mensais |
| | Movimentos periódicos | Sazonais Curta duração Média duração Longa duração |
| Segundo as motivações | - | Reunificação familiar Laborais Económicas Académicas Políticas Religiosas Catástrofes naturais Conflitos armados |

Fonte: Adaptada de Patrício (2015:47) e Raimundo (2009c).

Em relação às motivações, a IOM (2010a) avança com as seguintes causas da alta mobilidade e migração populacional: i) as desigualdades económicas entre nações; ii) os desequilíbrios políticos e sociais; iii) a fuga da pobreza e do desemprego, iv) a destruição do meio ambiente, guerras, violência e perseguição étnica e religiosa, e v) o desenvolvimento tecnológico.

Autores nacionais como Raimundo (2009abc, 2011a,b), Covane (1996), Feliciano (1998), Manganhela (2006), Chichava (1998), Chivangue (2012), Matsimbe (2013), têm divulgado dados sobre o comércio informal transfronteiriço centrados em questões políticas, sócio antropológicas e económicas, que têm trazido à reflexão as suas visões estruturalistas sobre o *Mukhero*, analisando as motivações, papéis, relações de género, lógicas, práticas e estratégias implementadas pelos seus praticantes para a sua sobrevivência e reprodução socioeconómica. Os mesmos autores indicam que as principais razões de movimentação das populações em Moçambique são na sua maioria económicas, não menosprezando os conflitos militares e desastres naturais.

Raimundo (2009b) aponta as seguintes motivações para alta mobilidade e migração: razões económicas, onde se incluem as mulheres *mukheristas*; o desemprego; a economia informal; o acesso à terra (apesar da mesma ser propriedade do Estado); a migração laboral; a migração forçada (inclui guerra civil e deslocamento de pessoas); e o comércio transfronteiriço.

Por outro lado, Chichava (1998) revela que a motivação para a prática do *Mukhero* envolve as políticas públicas dos Estados membros da SADC, que por um lado incentivam os comerciantes de Moçambique a buscarem produtos em outros países, mas por outro, impõem barreiras no trânsito transfronteiriço, facto que leva estes atores a adotarem diversas estratégias entre as quais a fuga ao fisco e a corrupção. O autor argumenta que as atividades desenvolvidas neste setor não são feitas com intenção deliberada de fuga ao fisco ou infracção às normas vigentes de carácter regulador dos mercados, mas sim, respondendo a um espírito de sobrevivência.

Esta tendência também foi encontrada por Chivangue (2012) no seu trabalho sobre lógicas e práticas do comércio informal e considera a “pobreza absoluta estrutural”, como fator que leva as pessoas a praticar o *Mukhero*, constatando que a fuga ao fisco, a corrupção através do suborno à polícia das alfândegas, contorno às instituições do Estado e a prestação de favores sexuais pelas mulheres, eram as estratégias usadas por estes agentes. As redes de solidariedade do tipo comunitário, reciprocidade e de espírito de ajuda mútua, foram vistas como estratégias que as mulheres *mukheristas* adotam para

maximizar o lucro, devido às elevadas taxas aduaneiras aplicadas aos produtos nas fronteiras.

O recurso ao comércio informal transfronteiriço é também visto na perspectiva de género. Segundo o INE (2006), na região sul do país, 65.8% deste setor é composto por mulheres devido ao alto nível de desemprego, que mais atinge este grupo, e ao facto de o mercado de trabalho valorizar principalmente os atributos masculinos em detrimento dos femininos.

No que diz respeito à estratégia para a reprodução socioeconómica das mulheres *mukheristas*, Matsimbe (2013) verificou que as mulheres não só procuravam meios de sobrevivência, mas também de acumulação de riqueza e reprodução das suas relações sociais, elevando assim o seu estatuto social e económico.

Reforçando estes fatores, Lussi (2009) defende que a “*necessária ignorância*” é condição para se desencadear o processo de alta mobilidade e migração e traça vários paradigmas para a análise do tema: a) migração como drama existencial; b) migração como desenraizamento cultural; c) migração como prova de relações internacionais; d) migração como problema de convivência intercultural versus xenofobia, e e) migração como (falsa) solução (mito e ambiguidades das remessas).

Todos estes fatores enquadrados nestes paradigmas, tradicionalmente provocaram o fluxo contínuo de pessoas das zonas mais pobres para as mais ricas. Na maioria das vezes, estes movimentos processaram-se através de direções previsíveis, desencadeando tensões nos sistemas de serviços de base, assim como nos frágeis equilíbrios das relações entre grupos étnicos e económicos prevalentes (Lussi, 2009; Alencar, 2010).

Atualmente, podemos indicar o exemplo da chamada “crise dos refugiados do norte de África, principalmente da Síria”, onde milhares de cidadãos têm estado atravessar o Mar Mediterrâneo, muitas vezes em condições inseguras, em direção à Europa.

Entretanto, esta realidade tende a modificar-se, havendo cada vez mais pessoas a movimentarem-se entre países de baixa/média renda, ou seja, migração “sul-sul”, que é a realidade que nos propomos estudar, e até mesmo, no sentido norte-sul, movido pelas chamadas “economias emergentes” e pela “crise dos países do norte”.

3.2.1. Feminização da alta mobilidade e migração na região da SADC

A alta mobilidade e migração na região da SADC tiveram vários momentos e padrões caracterizados pela rápida urbanização; o aumento significativo da migração internacional desde o fim do *Apartheid*; o aumento crescente dos meios e vias de transporte; a estabilidade política; e a feminização da mobilidade e migração populacional. Como resultado destes fatores muitas mulheres intensificaram a sua mobilidade de forma independente, principalmente pela busca de meios de sobrevivência como consequência dos contextos políticos e económicos dos países da região (IOM, 2010a; IOM, 2005). E o conhecimento de como as questões de género influenciam nesse processo, desde as decisões tomadas no país de origem sobre quem e por que migrar, até às condições e os modos como homens e mulheres se vão inserir nos países de acolhimento, locais de trânsito e regresso, é fundamental para a gestão do fenómeno (Dodson & Crush, 1998).

3.2.2. Alta mobilidade e comércio informal transfronteiriço no sul de Moçambique

3.2.2.1. História, Tendências e (des) vantagens

A vida dos moçambicanos continua até hoje a ser caracterizada por uma série de eventos que colocam a população em situação de permanente mobilidade (Raimundo, 2011a). Historicamente, Moçambique sempre teve registos significativos de alta mobilidade e migração interna e transfronteiriça para os países vizinhos, com destaque para a República Sul - Africana. O fenómeno remonta aos finais do século XIX, quando mais de 100.000 moçambicanos anualmente emigravam para trabalhar nas minas de

ouro e plantações de cana-de-açúcar na RSA (IOM, 2010a). O fenómeno registou vários períodos que a seguir passamos a resumir:

1. Alta mobilidade e migração no período colonial: Período histórico até à independência de Moçambique em 1975, caracterizado pelo padrão de migração tradicional de longa data, de mobilidade masculina para trabalho nas minas, agricultura e setores informais na RSA (IOM, 2010a).

2. Alta mobilidade e migração no período pós-colonial: Neste período houve dois momentos: antes e depois da guerra civil dos 16 anos entre a FRELIMO e a RENAMO.

O primeiro momento foi caracterizado: i) pela fuga das populações devido às ações da guerra civil; ii) pelo envio de moçambicanos para trabalharem nas fábricas da antiga Alemanha do Leste; iii) pela continuação de exportação de mão-de-obra para as minas e plantações na RSA.

O segundo momento foi caracterizado: a) pelo regresso e reassentamento de milhares de moçambicanos fugidos da guerra; b) pela migração interna devido às disparidades no desenvolvimento, condições de vida e oportunidades de emprego entre as diferentes regiões; c) pela maior mobilidade interna e externa, devido à melhoria de infra-estruturas como estradas, pontes, portos e caminhos-de-ferro; d) pelo padrão tradicional de migração (minas); e) pela afluência de migrantes da região, principalmente zimbabueanos devido à crise política e económica no Zimbabwe, f) pelos imigrantes de outros países, principalmente do Norte de África, dos Grandes Lagos, da Ásia, e outros; f) pela feminização da migração, ou seja, cada vez mais mulheres migram frequentemente à procura de emprego nos sectores menos qualificados, como na agricultura, no trabalho doméstico e no “*comércio informal transfronteiriço*” (IOM, 2010a), conhecido por *Mukhero* no sul de Moçambique.

As origens do comércio informal transfronteiriço remontam ao tempo colonial, na década 70, mas a sua intensificação dá-se nos anos 80 com o início da guerra civil, da reestruturação económica, a queda do regime de segregação racial na RSA, a abolição

de vistos entre os países da região da SADC e a reconstrução de infra-estruturas como por exemplo a estrada *Maputo-Witbank*, que se estende desde o sul de Moçambique até à RSA (IOM, 2005).

O *Mukhero* na sociedade moçambicana tem sido definido sob várias formas. Segundo Chivangue (2012), o termo significa actividade informal de comércio transfronteiriço que consiste em importar bens de consumo de países vizinhos para posterior revenda, geralmente a grosso, nos mercados do sul do país, em especial da cidade de Maputo – Mercado grossista do Zimpeto. E o *mukherista* é um vendedor/importador informal que desenvolve a sua atividade passando as suas mercadorias não oficialmente registadas, subfaturadas e não declaradas pelos postos fronteiriços de Ressano Garcia, Namaacha e outros. Fenómenos semelhantes ocorrem um pouco pelas principais zonas fronteiriças do país, com destaque para a fronteira de Machipanda (Chivangue, 2012), província de Manica.

A IOM define os comerciantes informais transfronteiriços como sendo *“pequenos empreendedores que transportam bens e atravessam uma ou mais fronteiras na região e são assim chamados, porque geralmente viajam com os seus bens, operam relativamente em pequena escala, não têm acesso aos acordos tarifários preferenciais, compram ou vendem no sector informal e não passam pela janela formal de importação e exportação. Tipicamente estes não são imigrantes e muitas vezes não estão interessados em permanecer no país de acolhimento”* (IOM, 2005: 42).

Segundo a IOM, (2005: 42-43) em geral existem quatro tipos de comerciantes informais transfronteiriços:

- *Comerciantes que atravessam as fronteiras por um curto período de tempo (1-4 dias) para comprar bens para a revenda no setor formal retalhista, individual ou supermercados;*
- *Comerciantes que atravessam as fronteiras por um período de tempo longo (1 semana a 2 meses) transportando bens para a venda no setor informal e retalhista dos mercados no país de chegada e partida;*

- *Comerciantes que vendem seus bens no país de chegada, recolhem o seu dinheiro e retornam aos seus país de origem.*
- *Comerciantes informais que atravessam fronteiras para comprar ou vender seus bens;*

Esta atividade tem vindo a crescer nas últimas três décadas e representa a continuidade de uma prática histórico-cultural, que atualmente ganhou outras dinâmicas entre os moçambicanos, na medida em que muito mais mulheres passaram a viajar de forma independente, ao contrário do que acontecia no passado. Apesar de esta actividade ser realizada também por homens, são estas centenas de milhares de mulheres que abastecem os mercados urbanos com diversos tipos de produtos para o consumo (IOM, 2010d; Covane, 2001; Feliciano, 1998).

O comércio informal transfronteiriço/transnacional (circulação de bens e serviços não declarados e não regulamentados entre diferentes países) praticado maioritariamente por mulheres é comum e continua a ter uma amplitude e um peso económico não negligenciável em África (Grassi, 2007).

Neste contexto, Raimundo (2011b) afirma que a importância da alta mobilidade e migração em Moçambique não deve ser apenas encontrada no trabalho migratório para a RSA, onde o mineiro contribui para as receitas do Estado através do pagamento deferido, mas é preciso incluir cada vez mais a mobilidade transfronteiriça de mulheres, que no seu dia-a-dia e para o sustento de suas famílias, enfrentam dificuldades relacionadas com o próprio processo das viagens, incluindo as dificuldades com as autoridades fronteiriças de Migração, da Guarda- Fronteiras e das Alfândegas.

Assim, a participação da mulher no comércio informal transfronteiriço traz oportunidades para o empoderamento económico e social da mulher apesar das dificuldades impostas pelo processo de travessia nas fronteiras, que faz com que as mulheres se envolvam em esquemas para garantir que os seus bens não sejam apreendidos e há relatos de que estas mulheres podem permanecer até vários dias nos

campos agrícolas onde adquirem os produtos e na fronteira com o intuito de conseguir algum dinheiro, produtos e transitar as suas mercadorias(IOM, 2005).

3.2.2.3.Experiências

Violência baseada no gênero

A violência é vista como o “*uso intencional de força ou poder físico, real ou ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, dano psicológico, mau desenvolvimento ou privação*” (OMS, 2002: 14).

A violência contra as mulheres e raparigas é atualmente considerada uma violação dos direitos humanos fundamentais e da dignidade. É um fenómeno que ocorre em todos os países e estratos sociais, causando danos elevados à saúde física e mental das mulheres e raparigas, com consequências graves para a família e para a sociedade (José et al., 2011). E existe o reconhecimento de que a exposição repetitiva destas experiências pode provocar distúrbios de várias ordens que deixam marcas profundas no equilíbrio emocional, fisiológico e até físico dos indivíduos.

A violência contra as mulheres e raparigas é um fenómeno complexo, carregado de preconceitos, representações sociais e resistências, por ocorrer na maioria das vezes na esfera privada das famílias, levando à sua naturalização contra as mulheres, inibindo possibilidades de mudança e punibilidade dos autores da agressão (Leal 2014:173 cit in Osório & Cruz e Silva2016).

Segundo José et al., (2011: 17) “*a violência contra as mulheres e raparigas (VCMR) é um fenómeno bastante antigo na história da civilização humana, descrito como sendo o resultado de uma construção social alicerçada em sistemas patriarcais que ilustram os desequilíbrios históricos das relações de poder entre homens e mulheres, que conduziram à dominação das mulheres, impedindo a realização dos seus direitos. A VCMR é um crime público e um problema de saúde pública, em particular, da saúde*

sexual e reprodutiva no contexto da alta mobilidade, porque causa prejuízos ao Estado e a sociedade em forma de assistência médica, jurídica e judiciária, serviços sociais, perda de produção e de produtividade, desemprego e insegurança social”.

Afinal quem são os praticantes da violência contra a mulher e rapariga em Moçambique?

A violência que ocorre na esfera do lar, ou seja, familiar, é aquela que tem suscitado maior atenção e preocupação, designada Violência Doméstica (VD), geralmente praticada pelo parceiro ou ex-parceiro, filhos, familiares diretos ou indiretos, amigos, vizinhos ou cuidadores de crianças ou idosos. E a que acontece na esfera pública, como aquela perpetrada contra as mulheres *mukheristas*, que é o foco deste estudo, nos chamados “Espaços de vulnerabilidade”, não tem sido dada uma atenção adequada no contexto da alta mobilidade transfronteiriça, geralmente praticada pelos agentes policiais, alfandegários e camionistas, e professores, dirigentes nas instituições e empresas, entre outros (Osório & Cruz e Silva, 2016).

José e colaboradores (2011) realizaram um trabalho sobre “*Custos Socioeconómicos da Violência Contra a Mulher em Moçambique*”, com o objetivo de documentar os processos de cálculo dos custos socioeconómicos da violência contra a mulher em Moçambique, produzir recomendações para a planificação, orçamentação e implementação de ações de combate à violência contra a mulher em Moçambique. Segundo as conclusões do estudo o custo económico global da VCM é de 44.214.861,95 Meticais, sendo que o setor da saúde absorve cerca de 81% deste valor, a justiça cerca de 17% e as associações que trabalham na área de prevenção e combate à VCM, cerca de 2%. E apontam a existência de um fenómeno social envolvendo crenças (violência espiritual) que está por detrás de algumas formas de violência. Este fenómeno afeta em grande medida a sociedade, independentemente do estrato social e a mesma não tem merecido a devida atenção por parte de investigadores e instituições.

Quais são as formas e causas de violência contra a mulher e a rapariga?

Ao longo da última década, várias conferências, convenções e pesquisas foram realizadas, que evidenciaram que as formas e causas de violência contra as mulheres, incluindo as raparigas, variam de acordo com o contexto histórico, económico, cultural e político de diferentes países, que devem ser tomados em conta na elaboração de políticas e estratégias para o combate a este fenómeno que fere a dignidade da mulher (UN Women, 2012).

De uma maneira geral e no contexto moçambicano, constituem formas de VCMR a violência sexual, psicológica, moral, social, económica e patrimonial e espiritual. Além destas formas de violência, as mulheres e as raparigas são traficadas e exploradas sexualmente, e sujeitas a normas sociais e culturais nocivas à sua saúde e seu bem-estar, tais como: casamentos prematuros, mutilação genital e outras práticas sexuais (práticas vaginais), purificação sexual da viúva, infanticídio feminino e seleção sexual pré-natal (UN Women, 2012; José et al., 2011).

Igualmente têm sido apontados como fatores associados à violência nas mulheres e, em particular, à violência doméstica: a idade, a raça, a casta, a classe social, o estado de migrante/alta mobilidade ou refugiado, a religião, as condições sociais incluindo as desigualdades de género, as relações conjugais e familiares conflituosas, os distúrbios psicopatológicos e o abuso de álcool e drogas (Dias, Rocha e Horta 2009).

Entre 2011-2015, os Gabinetes de Atendimento (GA) em Moçambique atenderam 120.314 casos de violência doméstica contra a mulher (Osório & Cruz e Silva, 2016).

Apesar do intenso movimento que tem vindo a crescer ao nível mundial, em particular em Moçambique, dos esforços do governo, das várias agências e da sociedade civil em torno da temática de VCMR, e das evidências sobre as consequências resultantes destes atos, o problema da violência contra a mulher ainda permanece rodeado por um secretismo (silêncio) que dificulta a elaboração de planos e estratégias eficazes para a prevenção e combate.

Para sustentar estas ambiguidades e ambivalências, Osório & Cruz e Silva (2016: 72) divulgaram um trabalho intitulado: “Entre a Denúncia e o Silêncio- Análise da Aplicação da lei contra a Violência Doméstica”, no qual mostrou que *“tanto as vítimas assim como os agressores, o silêncio da violência é justificado pela necessidade de preservar uma ideia de harmonia que é socialmente conferida à família como espaço privado, também para os agentes que no espaço público têm que lidar com a violência, persistem as mesmas representações sobre as denúncias de violência cometidas no contexto doméstico, sendo a família percebida como o lugar de acolhimento e solidariedade. Isto significa que as mulheres que denunciam o crime apareçam aos olhos dos polícias, agentes de saúde e outros, como subversoras de um modelo que protege a privacidade e com ela os papéis sociais que aí se realizam”*.

As mesmas autoras reforçam dizendo que *“quando a violência é trazida para fora da família, é com dificuldade que os autores sociais que com ela têm que lidar a representem como crime, mesmo com o quadro legal de sanção da Violência Doméstica. Normalmente, como acontece em Moçambique, não só as vítimas têm objeção em romper com o silêncio que lhes é socialmente imposto (e muitas vezes só o fazem depois de anos de sistemático e contínuo sofrimento), como os que lhes prestam atendimento atuam com o objetivo de reconstruir a “harmonia” familiar, desvalorizando as queixas Esta situação não só desmotiva a denúncia, como legitima as assimetrias no acesso a direitos”* Osório & Cruz e Silva (2016:47-48).

É nesse contexto que Moçambique aprovou em 22 de Julho de 2009 a Lei sobre a Violência Doméstica praticada contra a Mulher (Lei nº9/2009). Apesar desses progressos na legislação, de alguma produção científica nesta área, da criação de gabinetes de atendimento à vítima da violência, e da obrigatoriedade da notificação e denúncia dos casos, ainda há muitos fatores que contribuem e explicam as dificuldades de denúncia por parte das mulheres e perpetuação do problema.

Osório & Cruz e Silva (2016: 57), afirma que a *“construção de identidades subalternas através da apropriação material e simbólica de uma estrutura de poder que constrange os valores e os comportamentos, por um lado, e um julgamento social que desvaloriza a*

violência quando cometida entre parceiros, por outro, continuam a ser entraves não só para a visibilidade deste crime, como para o seu sancionamento”.

A violência contra a mulher e rapariga é um obstáculo na conquista da igualdade de género e constitui também um desafio para as mulheres, tanto ao nível domiciliar/familiar, assim como nos espaços públicos, tais como: nas ruas/estradas, nos transportes, nos locais de trabalho nas fontes de água e distribuição de comida, nos locais de venda e consumo de bebidas alcoólicas (ONU MULHERES, 2016; UNFPA, 2016), e no caso do nosso estudo, a que ocorre nos chamados “*espaços de vulnerabilidade*” durante o processo do *mukhero*.

Um relatório do estudo exploratório (ONU MULHERES, 2016) realizado sobre a situação da violência contra as mulheres e raparigas nos espaços públicos na cidade de Maputo, mostrou que 68.5% e 51.7% de raparigas e mulheres, respetivamente, referiram ter sofrido violência sexual ou assédio, 84.5% e 69% de raparigas e mulheres, respetivamente, mencionaram ter sofrido de violência psicológica, e 44% e 42% das raparigas e mulheres, respetivamente, assumiram ter sofrido violência física no espaço público.

Os resultados de Dias, Rocha e Horta (2009), em mulheres brasileiras e africanas, divulgados em Portugal, evidenciaram experiências de violência, tanto psicológica, como agressão física, relatadas como sendo comuns no grupo de mulheres africanas.

Tráfico de mulheres e crianças

O tráfico de mulheres e raparigas para diversos fins, principalmente para a exploração sexual, é um problema que está a ganhar contornos alarmantes no país. Segundo o relatório da UNICEF de 2017, em Moçambique, em 2016, foram traficadas perto de 1000 mulheres e crianças.

Segundo a UNDP (2015), em todo mundo, em 2012, estima-se que dos 21 milhões de vítimas de trabalho forçado e tráfico, 14 milhões foram sujeitas a exploração laboral e 4,5 milhões a exploração sexual. A seguir ao tráfico de armas e de drogas, o tráfico de seres humanos é o negócio ilícito mais lucrativo em todo o mundo. O tráfico de

migrantes ilegais teve um crescimento extraordinário, vejamos que em 2014 perto de 3.500 pessoas perderam as suas vidas no Mar Mediterrâneo, quando as embarcações em que seguiam rumo à Europa viraram ou afundaram (UNDP, 2015: 7, 8).

Xenofobia como experiência de violência

O fenómeno da xenofobia protagonizada maioritariamente por cidadãos negros sul-africanos, contra imigrantes e visitantes internacionais, principalmente africanos, e em especial, moçambicanos, tem vindo a tomar proporções alarmantes depois da queda do regime de segregação racial (*apartheid*) na República Sul - Africana (Vidal, 2008).

As motivações que têm sido apontadas têm a ver com a perceção dos cidadãos nacionais daquele país, de que os estrangeiros têm estado a desestabilizar o mercado de emprego ao aceitarem salários baixos, de propagarem o VIH/SIDA e de agravarem o índice de criminalidade. Apesar de os moçambicanos tentarem viver de uma forma impercetível, raramente conseguem esconder a sua origem e identidade, por isso, são frequentemente vítimas de comportamentos xenófobos, que culminam com agressões sistemáticas que já ceifaram muitas vidas (Vidal, 2008).

Para ilustrar a gravidade deste tipo de violência, temos o conhecido “Caso Mido Macie”, que o jornalista Hélio Filimone publicou no seu livro intitulado, “*CASO MIDO MACIE: a história do brutal assassinato do taxista moçambicano pela Polícia Sul-africana*” (Filimone, 2016).

Com base nos depoimentos de investigadores, advogados e jornalistas de muitos quadrantes do mundo Filimone (2016: 207-209) cita que “*Os moçambicanos são os que mais têm sofrido violência protagonizada por alguns sul-africanos e por agentes da Polícia. O presidente Zuma reconheceu na sua entrevista que os sul-africanos têm cultura de violência herdada do sistema do apartheid, que tem alguns dos mais altos níveis de violência contra a mulher e crianças do mundo e que o serviço da Polícia sul-africana tem um histórico bastante elevado de brutalidade*”. O autor continua dando como exemplo que “*em 2012, 34 mineiros em greve foram mortos a tiro pela Polícia na sequência de um impasse em Maricana, província de Noroeste*”.

3.2.2.3. Quais são as estratégias adotadas pelas mulheres mukheristas?

Para a consecução dos seus negócios, minimizando riscos e maximizando os lucros, em detrimento dos possíveis danos à saúde, as mulheres *mukheristas* usam como estratégias, a fuga ao fisco, a corrupção através do suborno à polícia e agentes das alfândegas, contorno às instituições do Estado, a subdeclaração de mercadorias, a ajuda mútua e solidariedade, e a prestação de favores sexuais, apesar de elas reconhecerem que algumas destas estratégias são ilegais (Chivangue, 2012).

É no rol de todos estes fatores que é urgente refletir e adicionar conhecimento sobre a temática com vista a propor programas adequados e específicos de saúde para estas mulheres, na medida em que parece haver determinantes que expõem a mulher a vulnerabilidades acrescidas em relação à sua saúde sexual e reprodutiva no contexto da alta mobilidade.

3.3. Saúde sexual e reprodutiva no contexto de alta mobilidade e migração

O crescente aumento da mobilidade feminina tem acentuado a preocupação de muitos investigadores relativamente às questões da saúde sexual e reprodutiva (SSR) nesta população. O reconhecimento de que é necessário compreender o fenómeno da distribuição e movimentação dessa população, as suas motivações, bem como a sua complexidade e seu impacto, transformou o assunto em objecto de estudo na área da Saúde Pública e Ciências Sociais e Humanas (Dias et al., 2009; Rocha, Dias et al., 2010).

A Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento – CIPD, realizada no Cairo (CIPD, 1994), trouxe para o reconhecimento internacional dois princípios orientadores de SSR: 1) do empoderamento da mulher e melhoria do seu estatuto para o alcance de um desenvolvimento sustentável, e 2) dos direitos sexuais e reprodutivos assentes em planeamento familiar. Estes princípios vieram a ser reforçados posteriormente na 4ª Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing em

1995, pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio e mais recentemente, pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Partindo da definição da CIPD, a SSR engloba vários temas tais como a sexualidade, reprodução e direitos humanos e bem-estar, exigindo uma reflexão sobre a forma como estes poderão ser abordados no contexto da crescente mobilidade de mulheres (UNFPA, 2012: 2).

Em África, particularmente em Moçambique, falar da sexualidade e da reprodução, leva-nos a repensar os diversos sistemas de práticas culturais, crenças e valores construídos e enraizados nas nossas comunidades (Warenius, 2008; Chapman, 2006).

Muitos estudos têm sido divulgados apontando para uma maior vulnerabilidade em SSR nas mulheres de alta mobilidade e migração e investigações apontam para a existência de piores indicadores de saúde associados às populações móveis e migrantes (WHO, 2007; IOM, 2009; Rocha et al., 2010; Dias et al., 2009).

Entretanto, tem sido defendido que a alta mobilidade e migração por si sós não são um factor de risco para o desenvolvimento de doenças nas populações móveis e migrantes, mas existem determinantes sociais de saúde que são reconhecidamente apontados como estando relacionados com a vulnerabilidade de saúde sexual e reprodutiva (WHO, 2010; IOM, 2004a).

3.3.1. Determinantes de vulnerabilidade

A OMS define os determinantes sociais de saúde como sendo as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (WHO, 2010). Nos últimos tempos, muitos investigadores têm-se debruçado sobre os determinantes sociais de saúde e vários modelos têm sido desenhados para ilustrarem as suas diversas dimensões, tais como: a *dimensão individual, comunitária e das instituições/estruturais* (WHO, 2011; Buss e Filho, 2007). De entre todos, o modelo de Dahlgren e Whitehead, que vem ilustrado a seguir, é o que achámos ser o mais adequado para a nossa pesquisa.

Figura 3: Modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: WHO 2011

Tendo em conta que mais adiante falaremos das vulnerabilidades cuja estrutura se assemelha a esta, neste trecho procuraremos não detalhá-los para se evitar repetições.

Para além da grande movimentação em volta dos determinantes sociais de saúde, também tem - se debatido bastante sobre as vulnerabilidades, e várias definições têm sido dadas para o termo vulnerabilidade.

Segundo Barchifontaine (2004: 23) o conceito de vulnerabilidade é definido como sendo “*o estado de indivíduos ou grupos que, por alguma razão, têm a sua capacidade de autodeterminação reduzida, podendo apresentar dificuldades para proteger os seus próprios interesses devido a deficits de poder, inteligência, educação, recursos, força ou outros atributos*”.

Ou seja, ser vulnerável significa não ter meios para se proteger, não ter acesso aos cuidados de saúde, educação, trabalho, fonte de renda e moradia e é também não ter liberdade para escolher ou propor (Bertolizzi, 2009).

Originário da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, o termo vulnerabilidade difundiu-se amplamente no campo da saúde a partir do surgimento da epidemia do VIH/SIDA (Bertolizzi, 2009) e da publicação nos Estados Unidos da América, em 1992, do livro *AIDS in the World* (Tarantola, (1998). E o surgimento da

epidemia do VIH/SIDA, desencadeou um movimento por parte de pesquisadores e profissionais da saúde para repensar o conceito de risco e avançar nas discussões sobre vulnerabilidade (Bertolizzi, 2009).

Assim, o conceito de vulnerabilidade aplicado à saúde pode ser considerado o resultado do processo de interseção entre o activismo perante a epidemia do VIH/SIDA e o movimento dos Direitos Humanos. Tal interseção leva a vulnerabilidade a passar para o discurso da Saúde Pública, amplamente difundido desde a Escola de Saúde Pública de Harvard no início dos anos 90. Nessa altura, também se superou a contradição entre grupo de risco e população geral, passando da noção de risco individual para uma nova compreensão de vulnerabilidade social, passagem crucial, não só para a compreensão da epidemia, mas para qualquer estratégia capaz de conter o seu avanço (Czeresnia et al., 2009).

O desenvolvimento do conceito de vulnerabilidade ao VIH/SIDA pode ser descrito, como sendo *“um esforço de produção e difusão de conhecimentos, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas e susceptibilidade de indivíduos e coletividades à infeção, adoecimento e morte pelo VIH/SIDA, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspetos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para o seu enfrentamento”* (Ayres, 1997: 3).

A UNAIDS distingue o conceito de vulnerabilidade e de risco nos seguintes termos: enquanto o risco, como conceito epidemiológico que já tem uma identidade sólida e clara, é definido como a *“probabilidade de que uma pessoa venha a adquirir uma infeção por VIH/SIDA”*, a vulnerabilidade é um conceito emergente, em construção (UNAIDS, 2007b: 4). Bronfman e colaboradores (2002: 43) defendem que o risco indica uma probabilidade e evoca uma referência a uma conduta individual, enquanto a vulnerabilidade é um indicador de iniquidade e de desigualdade social e demanda respostas tanto no nível social quanto político.

As propostas de Mann e Tarantola (1996) tiveram grande repercussão internacional em relação a este movimento. Estes autores notabilizaram-se ao explicarem que a vulnerabilidade era determinada em torno de três dimensões: *individual, social e programática*.

Dimensão individual, na qual representam um papel importante questões individuais, tais como: a auto-avaliação, percepção de risco e vulnerabilidade e o conhecimento que os indivíduos têm e adotam perante a doença, as experiências e comportamentos individuais em relação por exemplo, à infecção pelo VIH e ao uso do preservativo.

a) ***Dimensão social*** refere-se às condições socioeconómicas das pessoas tais como: a pobreza, educação, a influência das questões culturais, a religião, as crenças e representações sociais construídas em relação por exemplo à saúde sexual e reprodutiva, as normas sociais vigentes, as relações de género, as iniquidades, entre outros. E é no contexto social onde são explorados os diferenciais relativamente à determinação da percepção de risco e vulnerabilidade.

b) ***Dimensão programática/ estrutural*** contempla o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços e o vínculo que os utilizadores dos serviços possuem com os profissionais de saúde.

Segundo a IOM (2005) e UNFPA (2007) são considerados como grupos de maior vulnerabilidade, a população de alta mobilidade, os migrantes e os refugiados; os desempregados; as “mulheres e crianças” e idosos; os prisioneiros, os ciganos e pessoas sem teto; os camionistas de longo-curso; os operadores de barcos, comboios e aviões; as equipas de construção e manutenção; os segmentos populacionais que fornecem serviços sexuais em troca de sobrevivência, segurança ou reclusos.

Muitos destes grupos vivenciam situações de pobreza, desemprego, precárias condições de (habitação, alimentação, educação formal), exclusão social e problemas de saúde. Estas dificuldades fazem com que muitos mergulhem no mundo do consumo descontrolado de álcool e drogas ilícitas, adotem comportamentos de risco, desenvolvam várias doenças, em especial mentais (depressão, esquizofrenia), infeções sexualmente transmissíveis incluindo o VIH/SIDA, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, cardiopatias, entre outros (Carballo, 1998, Sargent e Larchanché, 2011; Marmot, 2006).

Todas estas condições fazem com que tenhamos de prestar maior atenção aos chamados “espaços de vulnerabilidade” no contexto da alta mobilidade.

A IOM considera os diferentes “espaços de vulnerabilidades” da saúde com destaque para o VIH/SIDA, como sendo:

“Os lugares nos quais os migrantes/pessoas de alta mobilidade vivem, trabalham ou por onde passam, sendo espaços de alto risco de vulnerabilidade ao VIH/SIDA ou outras ISTs. A presença de muitas e diferentes populações migrantes e móveis e a interação com as comunidades locais em lugares como postos fronteiriços terrestres, portos, locais de construção, povoados informais, empresas agrícolas e mina, cria um ambiente social fluido onde as normas sociais que regulam o comportamento normalmente não são observadas e os migrantes podem ter um senso de anonimato e pouca responsabilidade que pode conduzir a um comportamento sexual de alto risco” (IOM / USAID, 2010: 24).

Barbosa e colaboradores (2001 cit in Miranda-Ribeiro, 2006: 42) referem que *“diversos estudos partiram do arcabouço proposto por Mann e seus colaboradores para desenvolverem investigações sobre o VIH/SIDA sob diferentes perspectivas. Os mesmos ressaltaram a importância de focar a questão da vulnerabilidade, tendo em vista as diferentes dinâmicas da epidemia - “heterossexualização”, “feminização” e “pauperização”, que guardam uma relação estreita com a heterogeneidade socioeconómica e cultural da população e geram diferentes níveis de vulnerabilidade”*.

É no âmbito da feminização e da pauperização da mulher moçambicana de alta mobilidade que a vulnerabilidade será aqui debatida. E, munindo-nos das informações sobre as vulnerabilidades anteriormente descritas, passaremos em revista as três esferas de determinantes de vulnerabilidade anteriormente esquematizadas, aplicadas aos dois grandes componentes de SSR a serem tratados nesta pesquisa, nomeadamente: i) Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) com destaque para o VIH/SIDA e ii) Planeamento Familiar (PF) /contraceção e gravidezes não desejadas/aborto.

3.3.2. Infecções Sexualmente Transmissíveis incluindo o VIH/SIDA

As ISTs incluindo o VIH são frequentes em todo mundo e são a maior causa global de doença aguda, infertilidade, incapacidade a longo prazo e mortes, com sérias consequências clínicas e psicológicas, principalmente em mulheres, para além do seu impacto epidemiológico. Anualmente ocorrem cerca de 340 milhões de novos casos de ISTs (sífilis, gonorréia, clamídia e tricomóníase) em adultos dos 15-49 anos (WHO, 2011).

As ISTs são híper-endémicas em muitos países de baixa renda, como é o caso de Moçambique. O seu conhecimento e quantificação da incidência é de extrema importância nesta altura em que os níveis de infeção por VIH são elevados, visto que as ISTs geralmente são a porta de entrada para o VIH (WHO, 2011; Silveira et al. 2002).

Segundo estimativas da WHO (2013), mais de um milhão de pessoas adquirem uma IST diariamente. Por ano, estima-se que 500 milhões de pessoas adquirem uma das ISTs curáveis (gonorreia, clamídia, sífilis e tricomóníase). Igualmente, calcula-se que mais de 290 milhões de mulheres estejam infetadas pelo HPV. A infeção pelo HPV causa 530.000 casos de câncer de colo uterino e 275.000 mortes por essa doença/ano. Além disso, a sífilis na gravidez causa aproximadamente 300.000 mortes fetais e neonatais/ano e coloca 215.000 recém-nascidos sob o risco de morte prematura, baixo peso ao nascimento ou sífilis congénita.

As mulheres são especialmente vulneráveis às ISTs, com destaque para o VIH, por um lado, pelas suas características biológicas, por outro, pelo papel social da mulher, de género e relações desiguais de poder, a dependência económica, acesso limitado a informações adequadas e actualizadas (Silveira et al., 2002).

A magnitude do problema em Moçambique ainda não é completamente conhecida, tendo em conta que os dados ainda não estão devidamente sistematizados. Mas dados do Módulo Básico do Sistema de Vigilância das ISTs da DNSP - MISAU, mostram que em 2015, cerca de 762.402 novos casos foram diagnosticados e tratados, conforme vem na tabela 5.

Tabela 5: Infecções sexualmente transmissíveis diagnosticadas e tratadas em Moçambique entre 2013-2015.

| Província | 2013 | 2014 | 2015 |
|------------------|----------------|----------------|----------------|
| Niassa | 33.777 | 29.197 | 34.118 |
| Cabo Delgado | 45.325 | 45.450 | 57.290 |
| Nampula | 75.764 | 86.748 | 92.287 |
| Zambézia | 85.858 | 94.479 | 99.234 |
| Tete | 28.470 | 26.993 | 44.663 |
| Manica | 37.378 | 52.539 | 73.154 |
| Sofala | 53.416 | 60.240 | 66.838 |
| Inhambane | 26.585 | 34.658 | 40.635 |
| Gaza | 100.934 | 79.041 | 111.313 |
| Maputo Província | 34.273 | 53.473 | 64.701 |
| Maputo Cidade | 66.315 | 73.327 | 78.169 |
| Total | 588.095 | 639.145 | 762.402 |

Fonte: Módulo Básico-DNSP/MISAU, 2016 (dados de 2011 e 2012 não foram apresentados porque não estão completos).

Um estudo realizado pelo MISAU em clínicas de PF em 2003, com a finalidade de validar os algoritmos para o tratamento das ISTs, mostrou que das mulheres com corrimento vaginal, 17% tinham gonorreia, 11% clamídia, 34% tricomonas, 10% *M. genitallium*, 72% vaginoses bacterianas e 14% candidíase (MISAU, 2006).

E dados da Vigilância Epidemiológica das ISTs de 2005 mostraram que dos 525.045 casos de ISTs notificados, as leucorreias (corrimentos) eram mais frequentes (40.1%) e as úlceras genitais (36.6%) (MISAU, 2006).

3.3.2.1. Vulnerabilidade ao VIH/SIDA no contexto de alta mobilidade

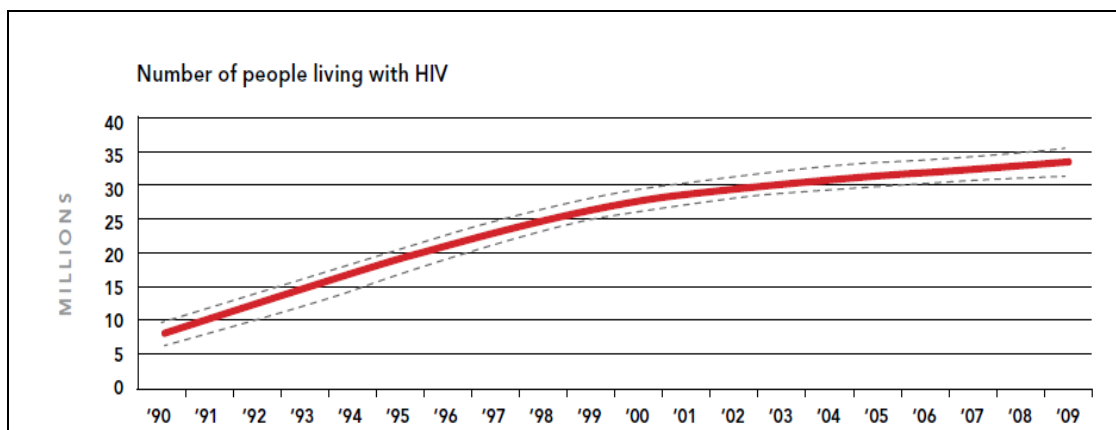
O VIH/SIDA no início deste século impôs grandes desafios para a saúde pública mundial. Em 2002 o relatório Global da UNAIDS sobre VIH/SIDA já chamava a atenção sobre a grande relevância da interligação entre o VIH/SIDA e a alta mobilidade populacional (IOM/ & UNAIDS (2003).

3.3.2.2. Panorama global do VIH/SIDA

Em três décadas a epidemia do VIH/SIDA já atingiu a vida de milhões de pessoas em todo o mundo e afetou a estrutura social, económica e familiar de inúmeros países. Segundo a UNAIDS (2014), em 2014, havia 36.9 milhões de pessoas vivendo com o VIH em todo mundo e a África subsaariana continuava a registar o maior número de

casos e peso da doença, com um total de 23.5 milhões (69%) de pessoas vivendo com o vírus e 1.4 milhões de novas infecções e 790.000 mortes.

Figura 4: **Evolução global da epidemia do VIH entre os anos de 1999 a 2009**



Fonte: UNAIDS 2010c

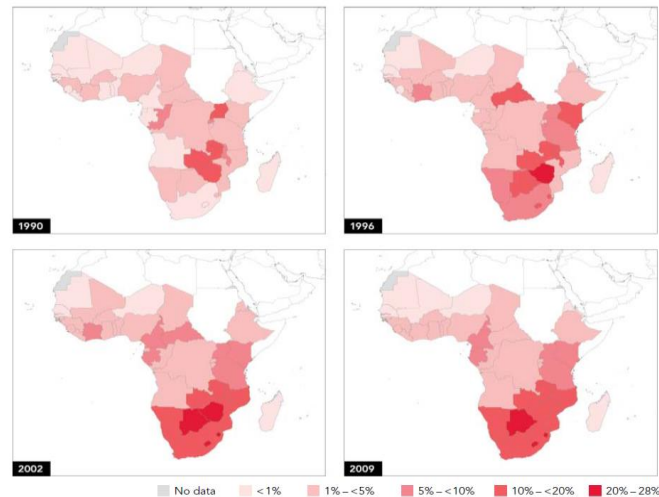
3.3.2.3. *Prevalência do VIH na região da SADC*

A região da SADC, como mostra a figura 5, é a que registou mais casos de infeções, totalizando 11.3 milhões (50%) de pessoas em 2011, à custa principalmente de elevadas taxas de infeção pelo vírus em alguns países vizinhos de Moçambique como a Suazilândia (25.9%) e a República Sul - Africana (17.8%). Concomitantemente é nesta região onde historicamente sempre se registaram altos níveis de migração e mobilidade internas e intra-regionais, trazendo grandes desafios para o controlo das doenças transmissíveis, com destaque para a Tuberculose, Malária e o VIH /SIDA (IOM, 2010c). A título de exemplo, um estudo realizado pelo IOM na RSA, em 2010, demonstrou que as prevalências do VIH nesses trabalhadores agrícolas eram de 52.3% na Swazilândia, 51.3% na RSA e 43.2% em Moçambique, mostrando a grande importância dos chamados “*espaços de vulnerabilidades*”.

Os “*espaços de vulnerabilidades*” que vão desde o local de partida, trânsito, destino, e retorno têm ganho uma grande relevância na análise desta temática partindo-se do princípio que as pessoas são sujeitas a: 1) longo tempo de permanência fora de casa que pode levar dias até meses; 2) atrasos e longo tempo de permanência nas fronteiras, onde comportamentos de alto risco são comuns, com duração que pode levar algumas horas até dias; 3) más condições de acomodação improvisadas ao longo das fronteiras e

campos agrícolas; 4) barreiras que dificultam o exercício do *mukhero*; 5) pouco acesso a informação e aos serviços de saúde (IOM/UNAIDS, 2003).

Figura 5: Prevalência do VIH dos 15-49 anos na África subsaariana/SADC, 1999-2009.



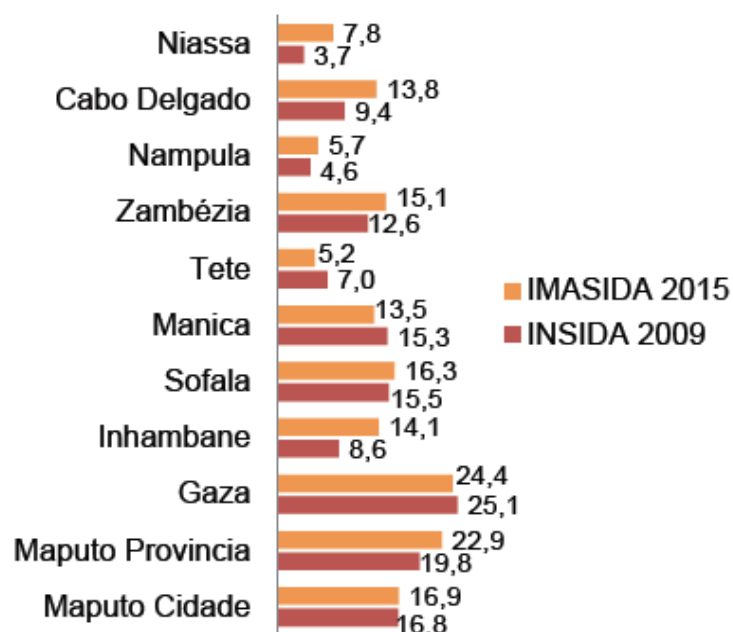
Fonte: UNAIDS 2010c

3.3.2.4. A situação do VIH em Moçambique

Em Moçambique, os resultados do INSIDA (2009) registaram uma prevalência global de 11.5% em adultos dos 15-49 anos, sendo superior nas mulheres (13.1%) comparativamente à dos homens (9.2%). E os resultados do IMASIDA (2015) divulgados recentemente, mostram que a prevalência do VIH aumentou para 13.2% em homens e mulheres de 15-49 anos de idade, com maior incidência nas mulheres (15.4%) em comparação com os homens (10.1%).

Regista-se igualmente números elevados, conforme mostra a figura 6, na região sul do país que faz fronteira com os países vizinhos fortemente afetados pela epidemia, que por sinal é onde ocorreu este estudo.

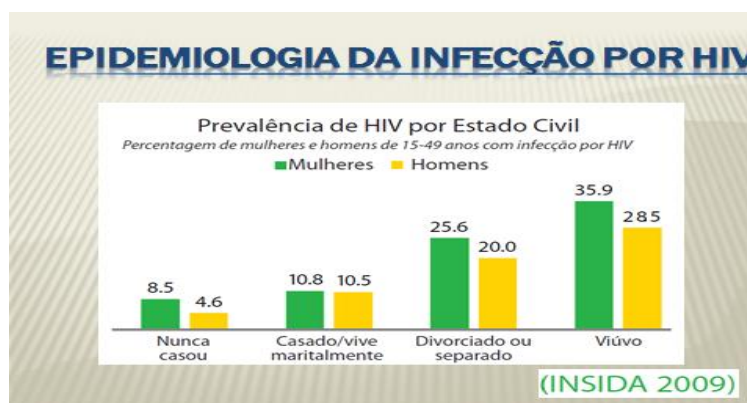
Figura 6: Prevalência percentual de VIH por província de mulheres e homens de 15-49 anos comparando o INSIDA 2009 e IMASIDA 2015.



Fonte: IMASIDA, 2015.

Na figura a seguir também se verifica elevada prevalência de infeção pelo vírus entre os divorciados e viúvos, segundo o INSIDA (2009).

Figura 7: Prevalência do VIH por estado civil em homens e mulheres dos 15-49 anos.



Contrariamente àquilo que tem sido defendido em outras pesquisas internacionais, que têm advogado que quanto melhor forem as condições socioeconómicas, menor é o índice de infeção, o INSIDA (2009) e IMASIDA (2015) mostram que 18.4% e 21% das

mulheres residentes em áreas urbanas estavam infetadas pelo vírus de VIH, contra 10.7% e 12.6% nas zonas rurais, respetivamente. Também a prevalência, segundo INSIDA (2009), variou com o nível de escolaridade: de 9.8% nas mulheres sem qualquer nível de escolaridade contra 15% nas mulheres de nível secundário e superior.

Segundo o PEN III, os principais fatores impulsionadores da epidemia no país incluem: i) parceiros sexuais múltiplos; ii) fraca utilização do preservativo; iii) mobilidade e migração; iv) relações sexuais entre pessoas de gerações diferentes e relações transaccionais; e, v) níveis baixos de circuncisão masculina; vi) desigualdade de género, violência contra a mulher, vii) práticas culturais enraizadas como purificação sexual da viúva. E prevalências mais elevadas foram encontradas nos principais Corredores de alta mobilidade¹ de entre eles, o Corredor de Maputo onde irá decorrer o estudo (PEN III; Audet et al., 2010).

Os migrantes e indivíduos de alta mobilidade têm sido referenciados como tendo maiores riscos de infeção por VIH, principalmente as mulheres, devido aos impactos de padrões socioculturais de mobilidade sobre a saúde, factores como: o género, idade, etnicidade, normas culturais e estatuto sociocultural e económico, menor disponibilidade e o acesso reduzido aos serviços de saúde e as barreiras culturais e linguísticas (Leal, 2008).

A IOM (2004) chama a atenção para o facto de a vulnerabilidade à infeção pelo vírus da população de alta mobilidade estar também relacionada com as várias etapas do processo de alta mobilidade e migração, usando quatro etapas que se seguem para o VIH/SIDA:

Origem: é o local de onde a pessoa provém, porque ela deixa o local de origem e as relações que ela mantém atrás quando parte;

Trânsito: o lugar pelo qual o migrante passa, como o mesmo viaja e os seus comportamentos enquanto ele viaja;

¹ Existem 3 corredores de desenvolvimento em Moçambique (Norte, Centro e sul) criados depois do fim da guerra civil e do entrada do FMI, para impulsionar o desenvolvimento socioeconómico de Moçambique, através da partilha de algumas infra-estruturas com os países vizinhos (PRE, 1997).

Destino: é o local onde a pessoa chega, as atitudes que toma perante as condições que encontra, como de habitação e trabalho;

Regresso: As mudanças que tenham ocorrido na vida das pessoas e as condições que os mesmos encontram depois do seu regresso.

Partindo dos *determinantes de vulnerabilidades inerentes ao indivíduo*, o INSIDA (2009) em Moçambique, mostrou que no geral, o conhecimento sobre VIH/SIDA e as atitudes de aceitação em relação às Pessoas Vivendo com VIH e SIDA (PVHS) entre homens e mulheres de 15-49 anos, tinha melhorado e que quase todos, tanto homens como mulheres, já tinham ouvido falar de VIH/SIDA, assim como as formas de transmissão, mas havia uma baixa percentagem (32%) de adultos com conhecimento abrangente sobre a epidemia.

No mesmo sentido dos dados do INSIDA (2009), um estudo da IOM (2010b) envolvendo 183 trabalhadores sul-africanos e migrantes moçambicanos nas províncias de Limpopo e Mpumalanga, mostrou haver um fraco acesso a informação, baixo conhecimento e má perceção sobre o VIH/SIDA, alta prevalência de comportamentos de risco, uso inconsistente do preservativo e maior vulnerabilidade da mulher.

Esta tendência foi também encontrada em autores como Rocha, Dias e Gama (2010), quando referiram existir lacunas importantes no conhecimento sobre a transmissão e prevenção das ISTs, sobretudo nas participantes africanas residentes em Portugal e que a sua vulnerabilidade às ISTs estava associada ao comportamento sexual adotado pelos seus parceiros e a dificuldade de adotarem comportamentos preventivos no contexto de uma relação conjugal, principalmente as que tinham relações conjugais estáveis.

Concordando com os dados do anterior estudo, Ferreira (2003 cit in Miranda – Ribeiro, 2006), ao investigar o conhecimento e a perceção que a população brasileira tinha em relação ao VIH, observou que somente uma parcela pequena da população estava minimamente informada sobre as formas de transmissão do vírus e que o nível de informação aumenta à medida que ocorre uma melhoria nas condições socioeconómicas. E a conclusão a que a autora chegou, foi que, mais do que a informação, a perceção de risco é o que, de facto, faz a diferença no momento de adotar, ou não comportamento protetor, e essa perceção surge das experiências vividas pelas

pessoas. E que quando se deseja elaborar e implementar políticas públicas eficazes e eficientes, é fundamental saber o que as pessoas conhecem sobre o VIH/SIDA e de que maneira elas se informam.

Por isso, a auto-percepção individual de vulnerabilidade às ISTs e VIH /SIDA encontrada por Silveira e colegas (2002), num estudo realizado no Brasil, demonstrou que 64% das mulheres inquiridas achavam impossível ou quase impossível adquirir ISTs/VIH /SIDA e os comportamentos de risco mais evidentes foram o não uso do preservativo na última relação sexual (72%). Concordando com estes autores, Agadjanian, Arnaldo e Cau (2011), no seu estudo intitulado “*Health costs of Wealth Gains: Labor Migration and Perceptions of VIH/AIDS Risks in Mozambique*” encontraram os mesmos resultados.

Olhando ainda para a dimensão socioeconómica, as desigualdades associadas aos contextos de pobreza, exclusão social, situações laborais precárias, as iniquidades, a influência das questões culturais, crenças e representações sociais construídas em relação por exemplo a sexualidade, as relações de género, podem traduzir-se em reduzidas oportunidades de acesso a educação, informação e utilização dos serviços sociais e de saúde (Dias et al., 2004, 2009; Backstrom, 2006).

Contrariamente à tese de que a prevalência do VIH/SIDA é maior em populações desfavorecidas, ou seja, menos alfabetizadas e com más condições socioeconómicas, o INSIDA (2009) demonstrou que cerca de 18.4% das mulheres residentes em áreas urbanas, com melhores condições socioeconómica estavam mais infectadas pelo vírus contra 10.7% nas zonas rurais, e 9.8% das mulheres sem qualquer nível de escolaridade contra 15.0% nas mulheres de nível secundário e superior.

Também um outro estudo de Rodríguez-Alvaréz et al. (2012) sobre “*Fatores associados aos conhecimentos acerca do VIH em imigrantes na China, América Latina, Magrebe e Senegal no País Basco, na Espanha*”, com o objetivo de identificar os fatores associados que explicam as diferenças nos conhecimentos em relação ao VIH no seio dos imigrantes, demonstrou que os conhecimentos inadequados estavam associados com o local de nascimento, o sexo, o baixo nível educacional, o *status* migratório, a deficiência de compreensão da língua espanhola e o não benefício de aconselhamento em relação ao VIH nos cuidados de saúde primários.

Sob ponto de vista da dimensão institucional / programática / serviços de saúde, estão representados os fatores relacionados com o acesso aos serviços de saúde; as políticas e programas de saúde (incluindo a qualidade dos serviços e as reformas do sector de saúde e políticas de desenvolvimento).

Está descrito que há iniciativas e bons exemplos de países que adotaram políticas e práticas de inclusão, como é o caso de Portugal, país que organizou a “Conferência Europeia sobre Saúde e Migração” sob o lema, “Melhor saúde para todos numa sociedade inclusiva”, em 2007. As conclusões e recomendações da conferência enfatizaram a necessidade de elaboração de políticas específicas e comuns para a gestão da saúde e cuidados de saúde dos imigrantes e minorias étnicas (Saúde e Migração na UE. Portugal 2007).

Também iniciativas semelhantes têm sido desenvolvidas ao nível da América Latina através da organização MERCOSUL onde estão representados o Brasil, a Argentina, o Paraguai, o Uruguai, o Chile e a Bolívia (INE-Brasil, 2007); e na Comunidade de Desenvolvimento da África Austral- SADC que compõe Moçambique, República sul-africana, Zimbabwe, Namíbia, Angola, Swazilândia, Lesotho, Malawi, e Zâmbia.

A utilização de serviços de cuidados de saúde, tanto para ações preventivas, como curativas, tem implicações importantes para o estado de saúde das populações, em particular para as populações móveis. Dados dos serviços de saúde em Portugal, citados por Gonçalves et al (2003) indicam que os imigrantes africanos residentes neste país estão sub-representados entre os utentes dos serviços de saúde, em particular nos serviços de saúde sexual reprodutiva.

Também vários autores referiram as dificuldades que os imigrantes encontram no país de acolhimento relacionadas com a falta de habitação condigna; ocupação de empregos precários e sem segurança no trabalho; dificuldade no acesso e utilização dos serviços de saúde (distância, horário, mau atendimento por parte dos profissionais de saúde e a dificuldade na comunicação devido a diferença da língua) (Carballo, 1998; Dias et al. 2004).

No contexto africano a procura e utilização dos serviços de cuidados de saúde tem uma grande relevância porque as altas taxas de morbilidade e mortalidade por doenças muitas vezes preveníveis e curáveis, as questões culturais e de relação de género continuam a agravar os indicadores de saúde. Por exemplo, há regiões em Moçambique em que uma mulher em idade fértil para fazer o planeamento familiar ou ter o parto na maternidade de um serviço de saúde, espera pela autorização do marido ou da sogra. Isso mostra quão são fortes as relações de poder que podem influenciar negativamente para o melhor estado de saúde (Chilundo e Jacinto, 2014; Matsinhe, 2005).

De seguida elencaremos um conjunto de dificuldades/ barreiras ou obstáculos no acesso e utilização dos serviços de saúde, tais como: i) socioeconómicas; iv) culturais e linguísticas; v) estruturais e organizacionais dos Sistemas e Serviços de Saúde.

Barreiras Socioeconómicas: os determinantes socioeconómicos têm ganho especial relevo no esforço da compreensão da relação entre migração e vulnerabilidade no que diz respeito à saúde. As desigualdades socioeconómicas, que estão associadas a contextos de pobreza, de exclusão social e a situações laborais precárias, podem traduzir-se em reduzidas oportunidades de acesso a educação, informação e utilização dos serviços sociais e de saúde (Backstrom, 2006).

Barreiras Culturais e Linguísticas: segundo Dias (2008) os determinantes culturais como as crenças, os costumes e as representações acerca da saúde e doença e o tratamento, as práticas e comportamentos de risco e a perceção da necessidade de procura e utilização dos serviços de saúde, influenciam positiva ou negativamente na procura ou não dos serviços de saúde.

Barreira Estruturais e Organizativas: são descritos vários fatores relacionados com as questões estruturais e organizacionais que influenciam o acesso e utilização dos serviços de saúde aos imigrantes ou populações de alta mobilidade. De entre eles destacam-se: o horário inadequado, dificuldade na comunicação, devidas às diferenças da língua, mau atendimento e fraca preparação dos profissionais de saúde em lidar com os aspetos da multiculturalidade (Carballo, 1998; Dias et al. 2004).

Uma melhor compreensão dos determinantes de acesso e utilização dos serviços de saúde na população móvel e imigrante é de grande importância para o desenvolvimento de políticas e estratégias de saúde mais adequados para os grupos populacionais específicos.

Segundo Backstrom (2006), para o acesso e utilização dos serviços de saúde na população migrante, os fatores comportamentais em relação a saúde e a doença, os conhecimentos, as atitudes, as práticas, as crenças e os estilos de vida que os indivíduos adotam, jogam um papel fundamental para um bom estado de saúde de qualquer indivíduo, neste caso, dos migrantes.

Esta autora refere que uma das componentes das práticas de saúde é o acesso e a utilização dos serviços e cuidados de saúde e que as dimensões de análise da temática, no âmbito da migração, devem contemplar as barreiras económicas aos cuidados de saúde, as barreiras culturais, o acesso a procedimentos médicos, o perfil sociodemográfico das famílias, a mortalidade e morbilidade, os estilos de vida, o estado de saúde e a aculturação.

Outros estudos acerca do acesso e utilização dos cuidados de saúde por grupos étnicos minoritários focaram deficiências no acesso aos cuidados e vários resultados foram divulgados internacionalmente. Segundo Bollini (cit in Backstrom, 2006), uma barreira importante aos cuidados de saúde é representada pela diferença de valores, crenças, necessidades e expectativas entre o paciente de uma cultura diferente e o prestador de cuidados de saúde. Do ponto de vista dos profissionais de saúde os problemas mais frequentemente encontrados quando lidam com a população imigrante são a barreira da língua, um conhecimento insuficiente do modo de funcionamento do sistema de saúde, as crenças culturais e as expectativas face aos diferentes prestadores de cuidados de saúde.

As necessidades percebidas dos imigrantes, a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde, foram analisados num estudo randomizado realizado por Oucho (2009), no Botswana, com o objetivo de medir o ponto de vista dos profissionais de

saúde em relação às necessidades percebidas em saúde reprodutiva dos imigrantes e refugiados e a disponibilidade e acessibilidade dos serviços e cuidados reprodutivos em 23 distritos do país, numa amostra de 851 profissionais de saúde.

As comunidades imigrantes estudadas foram as do Zimbabwe, República sul-africana, Namíbia, Zâmbia e Swazilândia. Os resultados obtidos demonstraram que as necessidades dos imigrantes em relação a: gravidez (cuidados pré-natal, obstétricos e pós-natal), tratamento para as doenças de transmissão sexual, aconselhamento e tratamento do VIH/SIDA e planeamento familiar, não eram diferentes àquelas das populações locais. Entretanto, houve algumas diferenças entre as populações locais e os imigrantes em relação a: i) tratamento anti-retroviral e da transmissão do VIH da mãe para o filho, que não eram acessíveis para os estrangeiros, sendo que os mesmos tiveram que pagar altas taxas por estes serviços e tiveram que recorrer ao sistema de seguro de saúde (Oucho, 2009).

Para contrariar o estudo do Oucho (2009) que mostrou a falta de disponibilidade e acessibilidade aos serviços de saúde sexual reprodutiva por parte de mulheres dos cinco países da África Austral no Botswana, apesar dos mesmos estarem largamente implantados ao nível nacional, Dias e colegas (2010) explicam que em muitos países de acolhimento, mesmo naqueles onde os serviços de cuidado de saúde estão garantidos, as mulheres imigrantes regularmente não têm beneficiado dos cuidados de saúde disponíveis e também não estão cobertas pelos serviços de informação relacionados com a prevenção e tratamento.

Olhando para a questão da preparação dos profissionais de saúde em relação às questões multiculturais, Degni e colaboradores (2012) realizaram um estudo em Helsinki, Vantaa, Turku e Tampere, com o título *"Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland"*, com o objetivo de explorar a comunicação dos médicos, enfermeiros e parteiras quando prestam cuidados de saúde reprodutiva em mulheres imigrantes somalis na Finlândia. Os autores referem que o fenómeno da imigração na Finlândia é novo, notório desde 1990, e adicionado a

tríade da cultura tradicional somali constituída por, mutilação genital feminina, controlo da natalidade através da abstinência sexual, e as crenças religiosas, era necessário dotar os profissionais de saúde finlandeses com conhecimentos de multiculturalidade.

Discutindo os resultados, os mesmos autores (Degni, et al, 2012) referiram que no contexto dos cuidados de saúde, médicos e outros prestadores de cuidados de saúde, estão obcecados pela sua própria cultura, crenças, perceções, valores preformados desde a infância e do tipo de formação que foram sujeitos. Os autores sublinham que os problemas de comunicação e culturais na medicina são complexos. A complexidade aumenta muito mais quando os profissionais e os pacientes falam diferentes línguas, dividem diferentes sistemas de valores e são de diferentes “bagagens culturais”. Segundo eles, nos serviços de saúde sexual reprodutiva, a comunicação e as relações entre profissionais e pacientes, é crucial para a aderência ao uso do contraceptivo.

As conclusões deste estudo mostraram que a comunicação entre os profissionais de saúde e as imigrantes somalis era má e que os primeiros pouco sabem sobre a multiculturalidade e que as mulheres imigrantes somalis sentiram-se frustradas por serem atendidas por médicos do sexo masculino. Em contrapartida, as relações entre as enfermeiras e parteiras e as mulheres somalis, demonstraram ser socialmente mais expressivas. Como proposta, adiantaram que para além de recorrerem aos intérpretes treinados, que muitas vezes deturpam a qualidade da informação, devia-se aumentar o tempo de consulta para estas comunidades imigrantes e que os mesmos deviam compreender melhor as mulheres migrantes num contexto multicultural (Degni, et al, 2012).

Hidalgo e colegas (2012) consideram a necessidade de compreender a utilização dos serviços e cuidados de saúde entre as mulheres imigrantes latinas, e que a identificação da relação entre as barreiras estruturais e individuais para a procura e utilização dos cuidados e serviços de saúde é importante para o desenvolvimento de intervenções e políticas com o objetivo de aumentar o uso de serviços preventivos e curativos entre os imigrantes latinos nos Estados Unidos da América (EUA). Esta constatação foi no contexto do seu estudo que teve como objetivo examinar as diferenças e semelhanças nas barreiras de cuidados preventivos e curativos entre as mulheres imigrantes

mexicanas nos seus países de origem e nos EUA e as variáveis associadas com a utilização dos cuidados de saúde preventivos e curativos.

O estudo transversal que envolveu 185 mulheres latinas em Birmingham, AL, realizado entre 2004-2005, resultou de um outro estudo qualitativo de 54 imigrantes latinas entre 2002-2003 (Hidalgo et al. 2012). O estudo mostrou que participantes procuravam menos cuidados curativos ($p < 0,0001$) e preventivos ($p < 0,0001$) nos EUA quando comparado com os seus países de origem. A análise de frequência mostrou que no país de origem, uma larga percentagem (76.1%) das participantes responderam que elas não procuravam cuidados curativos porque “esperam sentirem-se melhor com a medicação caseira”, 59.1% das respondentes referiram custos elevados dos cuidados de saúde.

Nos EUA, as barreiras para a utilização dos cuidados de saúde curativos variaram muito, o custo e a baixa cobertura do seguro de saúde foram as duas barreiras mais citadas pelas imigrantes (80.9% e 79.6% respetivamente). Aproximadamente 53.4% das mulheres teriam referido “o longo tempo de espera nas clínicas” e o “não domínio do inglês” (59.6%) como sendo as barreiras da não utilização dos serviços curativos nos EUA.

No que diz respeito à utilização dos serviços para cuidados preventivos, houve duas razões importantes invocadas pelas participantes em relação aos seus países de origem: 83% acreditavam que enquanto não se sentissem doentes não era necessário procurar os serviços de saúde, enquanto 74.7% preferiram o adiamento da procura dos serviços. O tempo de permanência nos EUA estava positivamente associado com a procura dos cuidados preventivos nos EUA. Não houve associação significativa entre o tempo de permanência nos EUA e a procura dos cuidados curativos (Hidalgo et al. 2012) .

Os autores concluíram que apesar de algumas limitações, o estudo trouxe duas importantes contribuições para a compreensão da utilização dos serviços de saúde entre as imigrantes mexicanas. Por um lado, apresentaram uma descrição de assuntos de utilização dos serviços de saúde que não tinham sido previamente realizados. Eles dizem que as combinações entre as barreiras intrapessoais e estruturais mostram terem

impacto na utilização dos serviços de cuidados preventivos e curativos na amostra de mulheres imigrantes mexicanas em Alabama e que nos EUA, as barreiras estruturais são mais fortes que as intrapessoais. Por outro, compreender os assuntos relacionados com as barreiras de utilização pode ajudar na melhoria das práticas clínicas e das políticas nas áreas dos EUA onde populações imigrantes estão em franco crescimento. Concluíram ainda, que é de extrema importância compreender as necessidades de cuidados de saúde destas novas realidades demográficas e facilitar a coordenação dos esforços estruturais, políticos e culturais com o objectivo de aumentar e estruturar a utilização dos cuidados preventivos e curativos (Hidalgo et al., 2012).

Segundo Marshall e colegas (2005 cit in Dias et al., 2008), o aumento da proporção de mulheres imigrantes ao nível mundial, as barreiras reportadas acerca do acesso e utilização dos serviços de cuidados de saúde neste grupo, a fraca informação nessas matérias, sugere que um profundo conhecimento da temática era necessário.

Para Dias e colegas (2008) o método qualitativo pode contribuir na obtenção de um profundo conhecimento das perspectivas das mulheres imigrantes relacionados com os serviços de cuidados de saúde explorando diferenças culturais associadas com o tema. Assim as autoras definiram como objectivo do seu estudo, descrever as percepções e experiências relacionadas com o acesso e utilização dos serviços de cuidado de saúde das mulheres imigrantes africanas e brasileiras em Portugal.

Nos grupos focais efetuados, houve uma mistura de experiências positivas e negativas entre as participantes brasileiras e africanas que algumas vezes eram divergentes, denotando as diferenças dos sistemas de saúde dos países de origem e diferente “*status*” socioeconómico entre as participantes. Os aspetos mais salientados nos grupos focais foram:

- Que algumas mulheres imigrantes, por exemplo as africanas, procuravam os serviços de saúde, só quando estavam doentes e que raramente faziam o planeamento familiar e cuidados pré-natais e que iam ao médico geralmente à partir do 4º mês de gravidez;

- Para as mulheres africanas, a prestação dos cuidados de saúde em Portugal era excelente comparada com a dos seus países;
- Para as mulheres brasileiras, a automedicação e elevado uso das farmácias particulares, era a primeira que tomavam quando se sentiam doentes;
- Estas últimas referiram uma experiência negativa em relação aos serviços de cuidados de saúde e devido a sua má qualidade em Portugal;
- Barreiras de acesso relacionadas com a falta de documentação/legalização;
- Procedimentos médicos complexos;
- Longo tempo de espera;
- Atitudes inadequadas/ estereotípicas /discriminação por parte de alguns profissionais de saúde;
- Atitudes de alguns parceiros que influenciam a procura e utilização dos serviços de saúde, principalmente nas imigrantes africanas.

O estudo concluiu que, assim como tem sido mostrado em outras pesquisas ao nível mundial, as barreiras para o acesso e utilização dos serviços de cuidado de saúde englobava: questões legais, intrapessoais, estruturais, socioeconómicas, e relacionadas com as atitudes dos profissionais de saúde.

Estas questões vão de encontro com os resultados de Marks e Workboys (1997 cit in Backstrom, 2006), que destacou cinco problemas em relação ao acesso e utilização dos serviços de cuidados de saúde: i) barreiras linguísticas; ii) diferenças culturais; iii) diferenças significativas entre as práticas de saúde do país de origem e do país de acolhimento; iv) o nível educacional; e v) o conhecimento dos recursos disponíveis na sociedade de acolhimento.

E finalmente, um outro estudo (Suarina et al. 2010), realizado na área de saúde de Giroma, em Espanha, com o título *"Análise qualitativa das práticas de populações migrantes na área de saúde de Giroma, Espanha"*, como 2ª fase de uma investigação quantitativa realizada anteriormente, teve como objectivo averiguar as necessidades, crenças, barreiras e práticas para o acesso aos serviços de cuidados de saúde na população imigrante comparando com a população autóctone, assim como a percepção

dos profissionais da saúde sobre as mulheres imigrantes marroquinas, da África subsaariana, mulheres autóctones; homens autóctones e marroquinos recorrendo à técnica de grupos focais e entrevistas individuais semiestruturadas. Os resultados da pesquisa demonstraram o seguinte, segundo os vários eixos:

Relativamente ao papel do género no seio da família, ficou claramente refletido o papel da mulher no “suporte emocional” da família e das crianças e o de cuidar da casa, enquanto a tarefa do homem era de providenciar os bens materiais e económicos; ii) Saúde sexual e reprodutiva - Planeamento familiar. No caso das mulheres imigrantes da Gambia, as mesmas referiram que o género do médico ginecologista que as atendia era muito relevante para a procura e utilização dos serviços, dizendo que elas não recorriam ao médico ginecologista do sexo masculino para fazer o *check-up*. As participantes referiram também que conheciam os métodos de contraceção, mas que não os usavam porque muitas mulheres no seu país não o faziam e que os maridos eram quem decidia sobre o uso de métodos contraceptivos, assim como o número de filhos que a família devia ter.

Segundo Saurina et al., (2010) e comparando as imigrantes marroquinas, o cenário era idêntico ao das mulheres gambienses naqueles casos em que a mulher era de nível educacional e socioeconómico baixo e proveniente das zonas rurais, onde se notou a diferença nos discursos, uma maior autonomia e poder de decisão sobre os assuntos acima relatados.

Uso dos serviços de saúde: o estudo mostrou que a maior parte dos participantes usava os cuidados de saúde primários, mas que os mesmos se encontravam distantes das suas zonas de residência.

Em relação ao sistema de saúde: de uma maneira geral, os resultados do estudo, mostraram que tanto os imigrantes assim como os autóctones, expressaram satisfação em relação ao serviço prestado nos cuidados de saúde primários, simplesmente se queixaram das atitudes de alguns profissionais de saúde que provocavam um longo tempo de espera.

Sob ponto de vista dos profissionais de saúde: os imigrantes mostraram dificuldades quando foram atendidos por profissionais de sexo oposto e que os comportamentos face a doença, de acordo com os profissionais de saúde, eram um dos grandes problemas na relação médico-imigrante, destacando a comunicação, principalmente no que diz respeito a língua como uma barreira muito forte e para ultrapassar a questão teve que se recorrer aos mediadores culturais.

Analisando os estudos acima resumidos, todos eles têm semelhanças no que diz respeito às questões culturais dos imigrantes, principalmente em relação à mulher, o papel do género na decisão sobre as questões de saúde sexual e reprodutiva. Também a dificuldade de comunicação entre os profissionais de saúde e os pacientes imigrantes devido às diferenças da língua, algumas atitudes dos profissionais de saúde em relação às práticas culturais da mulher imigrante (por exemplo, a mutilação genital), ficaram patentes as atitudes estereotipadas e discriminatórias por um profissional do sexo oposto.

Por isso o conhecimento por parte dos migrantes e mulheres de alta mobilidade sobre a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde, as normas, os horários e outros procedimentos são de extrema importância para a maior procura e utilização dos serviços de saúde. E por parte dos profissionais de saúde, o conhecimento e capacitação sobre as questões de multiculturalidade, as práticas e crenças sobre saúde e doença, e o cumprimento das normas vigentes sobre as questões de saúde no contexto da alta mobilidade e migração, também devem ser observados.

3.3.3. Planeamento Familiar e Contraceção

3.3.4. Planeamento Familiar

A alta mobilidade e migração têm sido associadas a piores indicadores relativamente ao Planeamento Familiar (PF) e com particular destaque para a procura, acesso e uso de métodos contraceptivos efectivos (Warenius, 2008).

A comunidade internacional reconheceu em 1994, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), o planeamento familiar como um dos direitos individuais básicos. Com esta abordagem de direitos humanos, a CIPD mudou o paradigma na área da população e desenvolvimento e estabeleceu a visão de que o PF deve ser disponibilizado a todas as pessoas (CIPD, 1994).

A conferência reconheceu os direitos que as pessoas têm de determinar o tamanho das suas famílias e o direito de escolher quando e com quem ter filhos. A CIPD incluiu a igualdade entre homens e mulheres na tomada de decisões em relação à saúde reprodutiva e a liberdade de não estarem sujeitos à coerção sexual e outras práticas nocivas (UNFPA, 2012).

O planeamento da vida reprodutiva é uma intervenção que salva vidas, na medida em que previne a gravidez indesejada e não planeada e ainda reduz os riscos associados ao parto, à realização de abortos inseguros, e alguns dos seus métodos, reduzem o risco de infeções sexualmente transmissíveis (UNFPA, 2015).

Este tipo de intervenções são cada vez mais importantes no processo de constante mobilidade circular feminina, como é o caso das mulheres participantes deste estudo, geralmente caracterizado por todo tipo de violência, comportamentos de risco e sexo transaccional e comercial, que aumentam a vulnerabilidade às infeções sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas.

Estatísticas nacionais indicam que ainda existem grandes disparidades por área de residência, província e demais características sociodemográficas no uso de PF, sendo 21% na zona urbana e 7% na zona rural (IDS, 2011; UNFPA, 2012).

Paradoxalmente, a tabela que se segue, mostra que as cidades mais desenvolvidas, como Maputo e Matola, onde ocorreu o estudo, em 2015, por exemplo, apresentaram taxas mais baixas em relação a Manica, Tete, Sofala e Inhambane (MISAU, 2015).

Tabela 6: Coberturas de Planeamento Familiar (PF) por província entre 2011 e 2015.

| Províncias | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Niassa | 28 | 24 | 29 | 26 | 31 |
| Cabo Delgado | 16 | 23 | 20 | 33 | 29 |
| Nampula | 17 | 27 | 16 | 29 | 33 |
| Zambézia | 18 | 17 | 25 | 24 | 25 |
| Tete | 44 | 49 | 36 | 35 | 42 |
| Manica | 24 | 13 | 25 | 32 | 51 |
| Sofala | 18 | 29 | 21 | 30 | 40 |
| Inhambane | 35 | 25 | 37 | 39 | 46 |
| Gaza | 26 | 24 | 30 | 30 | 34 |
| M.Província | 20 | 16 | 19 | 22 | 24 |
| M.Cidade | 26 | 19 | 21 | 20 | 29 |
| Total | 23% | 24% | 24% | 29% | 34% |

Fonte: Módulo Básico-DNSP-MISAU, 2015.

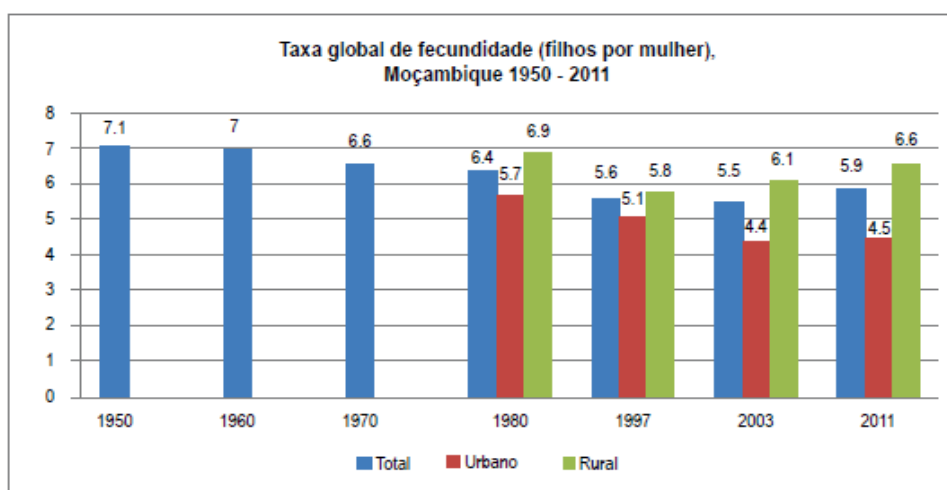
Dados de organizações internacionais, têm apontado para taxas elevadas de fertilidade nos países menos desenvolvidos com destaque para a África subsaariana (5.1), onde Moçambique faz parte (ver figura 9), em comparação com a média dos países mais desenvolvidos (1,7) e mundial (2.5). Este panorama deve-se principalmente, à fraca utilização de métodos contraceptivos modernos (UNFPA, 2012) e aos casamentos prematuros que mais adiante falaremos sobre eles, na medida em que é um problema de saúde pública em Moçambique.

A UNFPA (2012: 17) diz que a pobreza, a falta de informação, educação formal e aconselhamento sobre planeamento familiar; barreiras sociais, económicas ou culturais, incluindo os casamentos prematuros e a discriminação e violência no contexto de suas vidas sexuais e reprodutivas; representações e pressões sociais, incluindo a discriminação, coerção e violência; as questões religiosas; desigualdades de género com forte dominância masculina na tomada de decisão sobre o PF e contraceção, fraco acesso aos serviços de PF e aos contraceptivos modernos, são os determinantes que estão na origem das persistentes altas taxas de fertilidade que muitos países em

desenvolvimento enfrentam, em particular os da África subsaariana onde Moçambique faz parte.

Em Moçambique, apesar da disponibilidade gratuita dos serviços de PF e outros, do alto conhecimento tanto nas mulheres, assim como nos homens, de um ou mais métodos contraceptivos modernos, a taxa média de fertilidade ainda continua bastante elevada, estimada em 5,9 filhos por mulher, notando-se na tabela a seguir, que não houve melhorias significativas desde 1950, com maior gravidade para as zonas rurais.

Figura 8: Taxa global de fecundidade por mulher em Moçambique, 1950 – 2011.



Fonte: (UNFPA 2012) retirado do INE, 1998; 2005, 2012

3.3.4.2. Casamentos prematuros

Debruçando-nos um pouco sobre os casamentos prematuros que também contribuem para a perpetuação das elevadas taxas de fertilidade e maternidade precoce, a Estratégia Nacional de Prevenção de Casamentos Prematuros (ENCP, 2015), mostra que eles constituem uma violação dos direitos humanos e têm como consequências: i) a perpetuação da pobreza, ii) a violência baseada no género, iii) problemas de saúde sexual e reprodutiva e iv) a perda de oportunidades de empoderamento das raparigas e futuras mulheres adultas.

Moçambique é o décimo país do mundo com uma prevalência de casamentos prematuros mais elevada do mundo. Ou seja, a prevalência de casamentos prematuros de 48%, em menores de 18 anos (IDS, 2011; ENCP, 2015), coloca Moçambique entre

os dez países com a prevalência mais elevada. E apesar dos progressos alcançados no âmbito da promoção e proteção dos direitos da criança constituem ainda desafios do Governo, a redução da vulnerabilidade das famílias e da prevalência de práticas sociais que impedem o pleno gozo dos direitos da criança entre a violência, o tráfico e tabus a nível familiar e da comunidade (ENCP, 2015).

Em Moçambique, a idade núbil está fixada em 18 anos. Contudo, a Lei da Família define que *“a mulher ou homem com mais de dezasseis anos, a título excepcional, pode contrair casamento, quando ocorram circunstâncias de reconhecido interesse público e familiar e houver consentimento dos pais ou dos representantes legais”* (Lei da Família, artigo 30).

Os contextos socioeconómicos e culturais, as desigualdades de género, os fatores culturais relacionados com as concepções sobre as crianças, com a realização de ritos de iniciação, influenciam a prática dos casamentos prematuros e marcam a passagem para a idade adulta e o início da atividade sexual aceite pelas comunidades (ENCP, 2015).

Os casamentos prematuros muitas vezes têm como consequência as gravidezes precoces, que por sua vez podem causar fístulas obstétricas devido, por um lado, a imaturidade física que as raparigas com menos de 18 anos apresentam, que no momento do parto podem causar obstrução, e quando não há atendimento obstétrico de emergência ou esse serviço é demorado, pode levar também à rotura uterina, hemorragia e morte da mãe e/ou do bebé. As mães adolescentes também correm maior risco de aborto espontâneo, parto prematuro e dar à luz um bebé natimorto. A fístula obstétrica é um grande problema de saúde pública em Moçambique (UNFPA, 2015).

Portanto, os desafios relacionados com a pobreza, a desigualdade de género, a violência contra a mulher, o fraco acesso à escola por parte das raparigas, a prevalência de práticas sociais prejudiciais, o quadro legal (que ainda deixa uma lacuna), são determinantes dos casamentos prematuros. E sendo as normas sociais a força motora dos casamentos prematuros, o empoderamento das raparigas com informação, habilidades para a vida e redes de apoio para aumentar os conhecimentos sobre si próprias, o mundo que as rodeia, com vista a habilitar a tomar decisões sobre suas

vidas, em particular, sexual e reprodutiva, é necessário para as raparigas, e não só (ENCP, 2015).

As províncias mais afetadas pelos casamentos antes dos 18 anos incluem: Nampula (62%), Cabo Delgado (61%), Manica (60%) e Niassa (56%). E registam-se diferenças entre zona urbana (36.1%) e rural (55.7%) (ENCP, 2015).

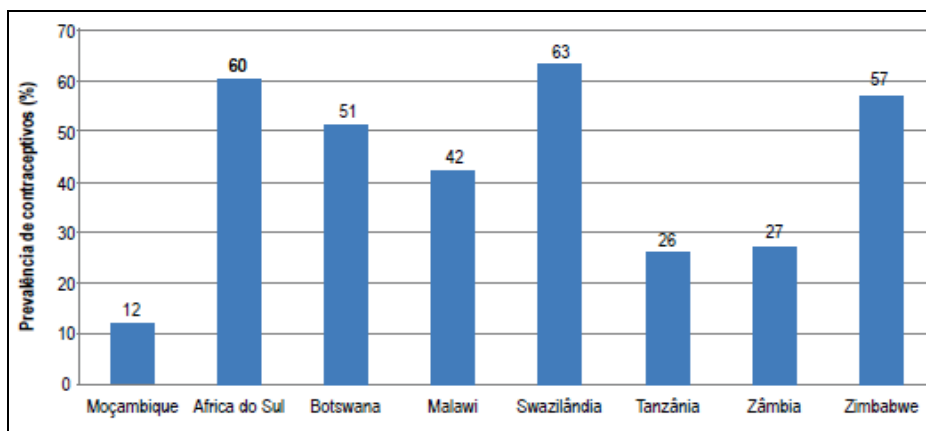
Foi no contexto da Campanha para a Eliminação dos Casamentos Prematuros em África, e no esforço de responder a esses desafios, que o Governo aprovou a Estratégia Nacional de Prevenção e Combate dos Casamentos Prematuros em Moçambique (2016-2019), onde reitera o seu compromisso na implementação dos direitos e definição de ações prioritárias a serem postas em prática pelas instituições do Estado., da sociedade civil, do setor privado, das Organizações Não Governamentais, entre outros (ENCP, 2015).

Portanto, é preciso eliminar as causas das desigualdades sociais, económicas e de género, as práticas sociais prejudiciais à saúde, a violência contra a rapariga para prevenir os casamentos prematuros e maternidades precoces, por forma a garantir um futuro seguro e de oportunidades para o empoderamento da mulher.

3.3.4.3. Uso de métodos contraceptivos

Apesar de alto conhecimento em relação aos métodos contraceptivos, ao nível dos países da África Austral, verificam-se muitas disparidades na prevalência de uso de contraceptivos modernos e o gráfico que se segue, destaca Moçambique como o país que apresentava menores taxas até 2011.

Figura 9: Taxas de prevalência de uso de contraceptivos modernos em mulheres de 15-49 anos de idade nos países da África Austral, 1990-2011.



Fonte: UNFPA 2012.

Entretanto, a taxa de prevalência de uso de contraceptivos ainda é muito baixa apesar de ter havido algumas melhorias ao longo dos últimos anos, na utilização de contraceptivos modernos entre mulheres casadas ou vivendo em união marital, que aumentou de 5.3% em 1997 para 23% em 2011 e 34% em 2015. Ou seja, mais mulheres em Moçambique utilizam métodos seguros e eficazes de planeamento familiar, com a expansão significativa ao acesso aos contraceptivos modernos. (IDS, 2003; IDS, 2011; MISAU, 2015).

Segundo a UNFPA (2012), em 2011, 222 milhões de mulheres nos países em desenvolvimento não dispunham de meios para retardar a gravidez e 215 milhões recorriam ainda a métodos de contracepção tradicionais.

a) Classificação dos métodos Contraceptivos

Segundo a OMS (2004), a contraceção envolve o uso de medicamentos, químicos, dispositivos, cirurgia ou um comportamento que controle a fecundidade entre pessoas heterossexuais e sexualmente activas. Os vários métodos podem ser categorizados pelo modo de atuação, por serem tradicionais ou modernos, e por serem dependentes do fornecedor ou do utilizador.

Em relação ao “modo de atuação”, existem métodos hormonais, mecânicos e cirúrgicos. Destes, as formas hormonais de contraceção são a nova tecnologia contraceptiva do século XX e nele se incluem os contraceptivos orais, de emergência, injetáveis, os

implantes e o sistema transdérmico. Os dispositivos mecânicos afiguram as barreiras cervicais, o diafragma, o DIU (Dispositivo Intra-Uterino), o preservativo, os anéis e as esponjas vaginais. Os métodos cirúrgicos constam a vasectomia para o homem e a laqueação tubária para a mulher.

O termo “tradicional“, que alguns autores chamam de “indígenas”, refere-se às práticas como a abstinência, o sexo não-penetrativo, a amenorreia lactacional (prolongamento do aleitamento materno), o método do ritmo (calendário) e os tabus sexuais pós-parto, para além dos preparados à base de plantas. No contexto africano esta categoria de métodos são os mais utilizados OMS (2004).

Em Moçambique os métodos contraceptivos modernos mais preferidos são os injetáveis, seguidos dos orais e somente 1.1% das mulheres em 2011 referiram o uso do preservativo como método de planeamento familiar (UNFPA, 2012).

Assim, vários estudos têm sido divulgados no contexto da alta mobilidade e migração, enfatizando a importância do nível de conhecimento sobre o PF e contraceção entre estas mulheres. O baixo acesso à informação sobre contraceptivos modernos e serviços de PF faz com que as estas mulheres sejam incapazes de se protegerem contra as ISTs e ao mesmo tempo controlar sua fertilidade e reprodução (Prata, Sreenivas e Bellows, 2008). Estes autores enfatizaram a dupla potencialidade oferecida pelo preservativo contra as ISTs incluindo o VIH e gravidezes não planeadas em indivíduos de alta vulnerabilidade, como é o caso das mulheres *mukheristas*.

Concordando com estes dados, Dias, Rocha e Horta (2009) realizaram um estudo em Portugal que revelou que as mulheres imigrantes brasileiras mostraram conhecer os diferentes métodos contraceptivos bem como a sua eficácia e apresentaram atitudes favoráveis à sua utilização. Mas por outro lado, foram identificadas algumas lacunas em relação às mulheres imigrantes africanas. Estas últimas mostraram uma série de crenças associadas à ineficácia dos métodos contraceptivos e à percepção de que os mesmos eram prejudiciais à sua saúde.

b) Crenças, relações de género e poder de decisão sobre o uso de métodos contraceptivos

Outro aspecto a ter em conta no debate deste tema tem a ver com as crenças e os mitos sobre o PF e o uso de métodos contraceptivos modernos e procura dos serviços de SSR. Em Moçambique tem sido demonstrado que estas concepções e práticas socioculturais encontram-se também enraizadas no seio dos trabalhadores de saúde, constituindo uma grande barreira e uma razão para a perda de oportunidades em oferecer aconselhamento e serviços de PF (MISAU, 2011).

Outra relevância tem sido dada às relações de género e poder. Mosha e colegas (2013) divulgaram resultados de um estudo sobre “*Decisões, percepções e dinâmicas de género entre casais na região de Mwanza, em Tanzânia*” que concluiu que a decisão sobre o uso de contraceptivos nos países em desenvolvimento ainda é grandemente dominada pela cultura e pelos valores masculinos onde os esposos são os que decidem em relação ao uso ou não dos métodos contraceptivos. Os autores defendem que o empoderamento da mulher como resultado da elevação do estatuto socioeconómico e laboral, nível educacional, organização familiar e seu envolvimento na tomada de decisões, é um importante fator para o declínio das taxas de fertilidade nos países em desenvolvimento.

Craveiro e Ferrinho (2011), corroborando com a influência do estatuto socioeconómico da mulher, realizaram um estudo sobre a pobreza e suas representações sociais no que diz respeito a fertilidade e planeamento familiar. Estes encontraram semelhanças entre mulheres provenientes de diferentes gradientes sociais, mas também diferenças acerca do papel do parceiro masculino no planeamento familiar e nas gravidezes, concluindo que existem representações que nem sempre coincidem entre mulheres e profissionais de saúde no que diz respeito à fecundidade e às necessidades e formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva.

c) Necessidades não satisfeitas no âmbito dos contraceptivos

Olhando para as necessidades não satisfeitas em relação aos métodos contraceptivos modernos, Mekonnen e Worku (2011) realizaram um estudo na Etiópia que concluiu que a taxa de prevalência e de necessidades não satisfeitas eram de 24.5% e 54.4% respetivamente. As razões apontadas para esses resultados foram religiosas,

relacionadas aos prestadores dos serviços de saúde, desconhecimento dos próprios métodos e o baixo nível educacional tanto da mulher assim como do parceiro. Estes dados não diferem muito daqueles que foram divulgados em Moçambique pelo IDS (2003, 2011).

As necessidades não satisfeitas para os contraceptivos rondaram os 53% (IDS, 2003, 2011) e comparando com as estatísticas dos países vizinhos, na Tanzânia as mesmas eram de 34%, no Malawi 41%, na Zâmbia 41%, no Zimbabwe 65%, na Swazilândia 51% e na RSA era de 14% (IDS, 2003 e 2011; INE, 2010; e MISAU, 2010 e 2012).

A UNFPA (2012) diz que aproximadamente 80 milhões de mulheres anualmente experimentam gravidezes não desejadas, das quais 45 milhões terminam em aborto.

3.3.4. Aborto (in) seguro

E olhando para os países onde o aborto é penalizado, como era o caso de Moçambique, muitas mulheres acabam recorrendo a interrupções das gravidezes de forma clandestina, frequentemente praticadas em condições não adequadas, acarretando sérias complicações para a saúde e até mesmo pondo em risco as suas próprias vidas (UNFPA 2012).

Entretanto, Moçambique tomou uma importante decisão de rever o Código Penal em Dezembro de 2014, quando liberalizou o aborto pela primeira vez, permitindo que muitas mulheres interrompessem legalmente as gravidezes por um profissional de saúde capacitado e autorizado, com o consentimento unilateral da mulher.

Igualmente, o país assinou a “Declaração dos Líderes Africanos sobre Aborto Legal e Seguro como um Direito Humano”, que exorta os governos Africanos a aumentar os orçamentos nacionais para os direitos e saúde sexual e reprodutivos, rejeitando políticas e financiamento que penalizam os esforços para combater o aborto inseguro.

O aborto inseguro é uma das mais importantes causas de morte materna, sendo uma das mais facilmente evitáveis. Entretanto, continua a ser um dos mais negligenciados problemas dos direitos humanos e de saúde no Mundo e em particular em Moçambique (UNFPA, 2012). A magnitude do problema no país não é exatamente conhecida, mas

num estudo realizado no Hospital Central de Maputo – HCM por Machungo (2004), demonstrou que 80% das mulheres que tinham praticado o aborto inseguro não tinham conhecimento das possibilidades de acesso a um aborto seguro, e que 8 a 11% das mortes maternas ocorridas nesse período teriam sido por complicações de aborto inseguro.

Portanto, estas mortes, lesões e incapacidades podem ser evitadas assegurando o acesso a uma educação sexual abrangente e contextualizada, contraceção moderna, a implementação efectiva da Lei da despenalização do aborto e a prestação de cuidados de aborto seguros.

Outras pesquisas disponíveis sugerem que a alta taxa de aborto induzido entre populações migrantes e de alta mobilidade na China, é atribuída a poucos conhecimentos das mulheres acerca dos métodos de contraceção e crenças de que o aborto é um método de evitar uma gravidez (Feng et al., 2005).

No contexto africano, e em particular moçambicano, a compreensão das questões relacionadas com as realidades no concernente ao tipo de contraceptivos modernos e tradicionais localmente conhecidos e mais usados, jogam um papel fundamental para o sucesso do programa de PF.

A interdependência entre os determinantes macrossociais (económicos, políticos, históricos), e microssociais (as normas sociais, padrões culturais e questões de género, contextos comunitários e individuais), permite-nos pensar os processos de saúde e adoecimento das populações de alta mobilidade de modo dinâmico, compreender como se entrelaçam contextos e experiências vividas durante o processo de alta mobilidade, infeções sexualmente transmissíveis, contraceção e necessidades não satisfeitas com consequentes abortos, que muitas vezes são inseguros.

4. MATERIAL, POPULAÇÃO E MÉTODOS

4.1. Tipo de estudo

A investigação decorreu em duas fases conforme ilustra a tabela 7, recorrendo a abordagem metodológica mista (Qualitativa → Quantitativa) e utilizando a tipologia Estratégia Exploratória Sequencial (Creswell, 2009).

Tabela 7: Fases da pesquisa.

| | 1ª fase | 2ª fase |
|------------------------------------|---|--|
| Abordagem metodológica | Qualitativa | Quantitativa |
| População | Mulheres de alta mobilidade filiadas na <i>Mukhero</i> | Mulheres de alta mobilidade filiadas na <i>Mukhero</i> |
| Técnica de recolha de dados | Grupos focais | Inquérito por questionário |
| Amostragem | Amostragem em “bola de neve” (Bowling, 2009; Creswell, 2009) | Amostragem aleatória sistemática (Pereira, 2008) |

A utilização da combinação de uma abordagem metodológica qualitativa com uma abordagem metodológica quantitativa, por um lado, prende-se com o facto de proporcionar maior nível de *credibilidade* e *validade* dos resultados da pesquisa, evitando-se deste modo, o reducionismo por uma só opção de análise (Oliveira, 2008).

Por outro lado, no contexto da saúde e da pesquisa em serviços de saúde, métodos qualitativos e quantitativos são cada vez mais usados em conjunto e de forma complementar. Esta abordagem de método misto tem sido usada na avaliação exploratória e para desenvolver instrumentos de pesquisa e, geralmente é usada a pesquisa qualitativa preliminarmente à pesquisa quantitativa. Isso deve-se ao crescente reconhecimento da complexidade de fatores que afetam a saúde e atenção à saúde, bem como o desejo de responder a uma variedade maior de questões a seu respeito,

transformando a abordagem mista numa necessidade (Pope 2009: 118, 119), como é o caso deste estudo.

Esta combinação permite as seguintes possibilidades (Duffy, 1987 cit in Oliveira 2008: 39):

- 1. Controlo dos vieses através dos métodos quantitativos, com compreensão da perspectiva dos agentes envolvidos no fenómeno através dos métodos qualitativos;*
- 2. Identificação de variáveis específicas através dos métodos quantitativos com uma visão global do fenómeno através dos métodos qualitativos;*
- 3. Completar um conjunto de factos e causas associadas ao emprego de metodologia quantitativa com uma visão da natureza dinâmica da realidade;*
- 4. Enriquecer constatações obtidas sob condições controladas com dados obtidos dentro do contexto natural de sua ocorrência;*
- 5. Reafirmar a validade e a confiabilidade das descobertas pelo uso de técnicas diferenciadas.*

Neste contexto, a utilização da tipologia metodológica “*Estratégia Exploratória Sequencial*” teve como foco principal explorar fenómenos e determinar a sua distribuição na população seleccionada, e os resultados qualitativos da primeira fase serem usados para desenvolver o questionário de recolha de dados da 2ª fase (Creswell, 2009).

A nossa pesquisa teve como base de sustentação a epidemiologia social, para a melhor compreensão sobre o que os indivíduos pensam sobre a sua saúde no geral e, sexual e reprodutiva, em particular, no seu eixo saúde/doença, bem como os seus determinantes de risco e vulnerabilidade.

Segundo Pereira (2008:13) a epidemiologia social tem como objetivo:

“Produzir conhecimentos dentro de uma lógica até então pouco utilizada ou totalmente esquecida na epidemiologia, e justifica-se pela constatação de

enormes desigualdades existentes na sociedade e que, enquanto este contexto da desigualdade não for resolvido, a saúde dos grupos socialmente mais desfavorecidos sofrerá as suas consequências adversas de alta prevalência de doenças evitáveis e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde (...) Esta disciplina trata de contestar a divisão clássica da epidemiologia, criticada como “reducionista”, “funcionalista” e positivista”.

Os estudos epidemiológicos começaram a colocar diretamente o problema das relações entre saúde/doença e os fatores sociais onde se estabeleceram relações entre as condutas face às doenças e diversas variáveis, como é o exemplo da cultura, género, pertença étnica, religião ou classe social (Backstrom, 2006).

Foi com o renascer do estudo da determinação social da doença, tanto nos países de baixa renda, assim como nos segmentos desfavorecidos dos países mais desenvolvidos, que se procura melhor entender a situação da saúde da população, dentro dos postulados básicos que são encontrados na sociologia (Pereira, 2008: 14), e este autor defende:

As ciências sociais conferem uma dimensão mais ampla à epidemiologia e os fatores que produzem a doença (biológicos e ambientais), com significados sociais complexos, porque a sociedade como está organizada, também determina muitos dos riscos de adoecer, bem como o maior ou menor acesso das pessoas às técnicas de prevenção das doenças e de promoção e recuperação da saúde (Pereira, 2008: 14).

No que se refere à implementação do trabalho de campo, a recolha de dados realizou-se entre maio de 2014 e setembro de 2015. Este período foi para além do que estava planificado porque a realidade encontrada no terreno foi bastante adversa, apesar de antes do início do estudo termos contactado as estruturas e os locais onde decorreu a pesquisa. As dificuldades caracterizadas por uma alta taxa de recusa (33%) e os ajustes que tiveram que ser feitos com vista a alcançarmos os objetivos do estudo incluíram os seguintes aspectos:

- i) Falta de tempo por parte das participantes tendo em conta a natureza do seu trabalho de constante mobilidade;

- ii) Idade dos inquiridores, que variava entre 25-30 anos, o que contrastava com as idades da maioria das participantes que oscilava entre 30-45 anos, no estudo quantitativo;
- iii) Ter-se integrado inquiridores do sexo masculino na equipa do estudo quantitativo.

4.2. População

Participaram neste estudo mulheres moçambicanas praticantes do comércio informal transfronteiriço (*Mukheristas*) filiadas na Associação dos Importadores e Comerciantes do Sector Informal (*Mukhero*), residentes na cidade e província de Maputo, sul de Moçambique.

A Associação *Mukhero* é uma organização de Importadores e Vendedores do Sector Informal de Moçambique, congregando homens e mulheres dos 18 aos 60 anos e tem como objetivos: defender, valorizar, dignificar, promover e criar bom ambiente para a contínua prática da actividade do comércio informal e transfronteiriço. Ela é composta por 1060 membros, dos quais 85% (900) são mulheres. A associação foi criada em 25 de abril de 2000, em Maputo e tem estatutos próprios publicados no Boletim da República em 28 de abril de 2004, III Série- Nº 17 (Boletim da República e Estatutos da *Mukhero*).

A cidade de Maputo é a capital de Moçambique e é a cidade mais populosa do país. De acordo com as projeções do INE (2010), tem uma população estimada de cerca de 1.225.868 habitantes, correspondendo a 5% da população geral, da qual 52% eram mulheres. Tem uma esperança média de vida de 50 anos e taxa de mortalidade Infantil de 50 óbitos por mil nascimentos vivos, contra 56 anos e 65 óbitos por mil nascimentos vivos da média nacional, respetivamente.

A população da cidade de Maputo é servida por uma rede sanitária de 35 unidades públicas, das quais, 90% são centros de saúde e, 10% Hospitais gerais (3 públicos e 3 privados), um hospital Especializado e um Hospital Central, que é único de referência nacional (Direção de Saúde da Cidade de Maputo, 2015)

A província de Maputo, que é satélite da cidade de Maputo, é habitada por cerca de 1.638.631 de pessoas (INE, 2010). É nesta província que se situam as três fronteiras, Ressano Garcia, Namaacha e Goba, por onde atravessam as mulheres *mukheristas* para os países vizinhos, mais a sul, como a Suazilândia e a República sul-africana, conforme mostra a figura 10.

Figura 10. Mapa do sul de Moçambique com as três fronteiras de Ressano Garcia, Namaacha e Goba, 2015.



4.3. Aspectos éticos

O protocolo de investigação foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical e do Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique.

Tendo em conta que a problemática da saúde sexual e reprodutiva de mulheres em contextos de alta mobilidade, de pobreza, de altos índices de analfabetismo e de fortes influências culturais, por ser delicada e complexa, a pesquisa foi feita na base do consentimento informado (apêndices I e II), garantindo a confidencialidade dos dados e o anonimato das participantes. Somente a investigadora principal teve acesso às identificações das participantes na fase inicial da pesquisa para permitir efetuar os contactos preliminares com vista a organização do processo. Depois da recolha dos dados, os mesmos foram anonimizados para garantir a sua confidencialidade. Deste modo, garantimos que não houve quaisquer riscos para as participantes no estudo.

Eventualmente, poderão advir benefícios na medida em que futuras intervenções e/ou conhecimento gerados serão disponibilizados para este grupo de mulheres.

Obedecendo à forma sequencial que nos propusemos para a investigação desta temática, apresentaremos primeiro os resultados do estudo qualitativo e depois do quantitativo.

5. ESTUDO QUALITATIVO

A pesquisa qualitativa segundo Strauss e Corbin (2008: 23) é *“qualquer tipo de pesquisa que produza resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos ou de outros meios de quantificação. Refere-se à vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, e também à pesquisa sobre o funcionamento organizacional, movimentos sociais, fenómenos culturais e interacção entre nações”*.

Por outro lado, Oliveira (2008: 58) define a pesquisa qualitativa como sendo, *“uma tentativa de se explicar em profundidade o significado e características do resultado das informações obtidas através de entrevistas ou questões abertas, sem a mensuração quantitativa de características ou comportamento e (...) oferecer contribuições no processo de mudanças, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos”*.

A opção por uma abordagem qualitativa deve ter como principal fundamento (Pope, 2009: 33-34), *“a crença de que existe uma relação dinâmica entre o mundo real, objetivo concreto e o sujeito”*. E os pontos-chave desta metodologia, centram-se no estudo das pessoas em seus ambientes naturais, em vez de ambientes artificiais ou experimentais, ou seja, em seu próprio território e da interacção com elas em sua própria língua, e isso é referido como sendo *“naturalismo”*.

Portanto, a pesquisa qualitativa envolve a aplicação de métodos lógicos, planeados e meticulosos para a recolha de dados e uma análise cuidadosa, ponderada e, sobretudo, rigorosa por parte dos investigadores (Pope, 2009).

Strauss e Corbin (2008) dizem que há basicamente três componentes principais na abordagem qualitativa:

- i) Dados que vêm principalmente de fontes primárias, e que são apelidados de “subjetivos”, porque constituem uma representação da realidade: ideias, crenças, maneira de pensar, opiniões, sentimentos, maneiras de sentir, maneiras de atuar, condutas, projeções para a vida futura e, razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos.
- ii) Procedimentos para se interpretar e se organizar os dados (reduzir os dados, elaborar categorias em termos de suas propriedades e dimensões), e relacioná-los por meio de uma série de declarações preposicionais-codificação.
- iii) Relatórios escritos e verbais, que podem ser apresentados como artigos em jornais científicos, teses e dissertações e em palestras ou em livros.

Para efeitos práticos, Minayo et al. (2010: 26) dividem o processo da pesquisa qualitativa em três etapas: 1) fase exploratória; 2) fase de trabalho de campo; 3) fase de análise e tratamento do material empírico e documental.

- 1) A *fase exploratória* que para além da elaboração e aprovação do protocolo de pesquisa, essencialmente, serviu para a preparação de todos os procedimentos para a recolha de dados e trabalho de campo.

Esta fase que norteou os procedimentos sobre os primeiros contactos da equipa de pesquisa com os informantes chaves e líderes comunitários, neste caso, o presidente da *Mukhero*, realizou-se muito antes da conclusão e defesa do protocolo, em abril de 2013. Este contacto serviu para informar o líder de uma maneira resumida dos objectivos do estudo, as motivações dos pesquisadores para a realização do estudo no seio da *Mukhero*, o porquê da escolha destas participantes; os benefícios resultantes da participação da pesquisa e a garantia do anonimato. Este procedimento foi o ponto de partida deste estudo, na medida em que foi a partir do Presidente, que se mobilizou o primeiro grupo de participantes que depois gerou a “bola de neve” para o recrutamento dos restantes elementos.

2) **Fase do Trabalho de campo** que consistiu em levar para a prática empírica a construção teórica elaborada na primeira etapa. O trabalho de campo é a fase tão central para o conhecimento da realidade que Lévy-Strauss (1975 cit in Minayo 2010: 26), a denomina de “*ama-de-leite*” de toda a pesquisa social.

3) A **fase de Análise e tratamento do material empírico e documental** é caracterizada pela busca *lógica peculiar e interna* do grupo em que se está a analisar, ou seja, a descoberta de seus códigos sociais a partir dos discursos, símbolos e observações.

Para se evitar repetições, as últimas duas fases serão detalhadas mais adiante.

5.1. Objetivos do estudo qualitativo

Este estudo teve como objectivo principal analisar os determinantes de vulnerabilidade para as ISTs/VIH/SIDA e gravidezes indesejadas, e os fatores de acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva nas mulheres de alta mobilidade praticantes do comércio informal transfronteiriço residentes na cidade e província de Maputo, e procurou especificamente:

- Descrever o perfil, motivações, experiências e estratégias destas mulheres;
- Analisar a percepção de risco e vulnerabilidades face às ISTs incluindo o VIH e as gravidezes indesejadas nas mulheres *mukheristas*;
- Analisar os fatores de procura, acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva incluindo o planeamento familiar e ISTs/VIH/SIDA por parte destas mulheres.

5.2. Técnica de recolha de dados

Grupos focais

Para a recolha dos dados foi utilizada a técnica dos grupos focais ou grupos de discussão focados no tema, para compreender e captar no seio das participantes, os discursos, opiniões, relatos de experiências, valores e sentimentos subjacentes a

comportamentos e crenças em relação ao assunto em debate (Creswell, 2009). Esta técnica de investigação por grupos focais tem sido muito utilizada no âmbito das ciências sociais, epidemiologia social e de saúde sexual e reprodutiva, porque permite a obtenção de informações de natureza qualitativa, a partir da realização de sessões de discussão com grupos de participantes que possuem características comuns, geralmente entre seis a doze (Minayo, 2010; Pope, 2009).

Muitos pesquisadores recomendam garantia da homogeneidade nos grupos a fim de valorizar as experiências compartilhadas das pessoas. Mas outros também advogam que ocasionalmente é vantajoso juntar um grupo heterogéneo por forma a maximizar a exploração de diferentes perspectivas num ambiente grupal (Pope, 2009: 33). A opção por uma outra possibilidade está dependente dos objetivos do estudo.

No nosso estudo procuramos garantir a homogeneidade em termos de categoria ocupacional, mas não etária, conforme tinha sido planeado no protocolo de pesquisa, porque antecipámos que poderíamos enfrentar dificuldades em discutir o assunto de saúde sexual e reprodutiva juntando todos os grupo etários seleccionados. Verificámos que a dinâmica de grupo funcionou perfeitamente, o que está de acordo com o descrito por Mariano *et al.* (2011), segundo os quais o facto de a educação sexual e ritos de iniciação serem discutidos entre mulheres de diferentes grupos etários respeitando as normas vigentes é facilitador da discussão. Igualmente, em alguns momentos as participantes atuaram como co-pesquisadoras levando a pesquisa para direções novas e muito inesperadas.

A opção de utilizar esta técnica deveu-se por um lado, à delicadeza do tema, aos objetivos do estudo e para a melhor interpretação dos dados e fiabilidade da pesquisa (Bowling, 2009; Flick, 2009). Por outro, permitiu-nos compreender melhor as motivações, experiências, perceções, crenças, atitudes e comportamentos relacionados com a saúde sexual e reprodutiva em contexto de alta mobilidade.

5.3. Critérios de inclusão nos grupos focais

Tendo em conta os objetivos do estudo qualitativo, foram definidos os seguintes critérios de inclusão nos grupos focais:

- Mulheres moçambicanas de alta mobilidade praticantes do comércio informal transfronteiriço com idades entre 18-49 anos que atravessam as fronteiras de Ressano Garcia, Namaacha e Goba;
- Mulheres moçambicanas de alta mobilidade filiadas na Associação *Mukhero* e residentes na cidade e província de Maputo;
- Vontade e disponibilidade de participar no estudo.

5.4. Amostra

No estudo qualitativo participaram um total de 36 mulheres praticantes do *Mukhero*. Foram constituídos seis grupos focais, com seis participantes moçambicanas de alta mobilidade cada e com idades compreendidas entre os 18-49 anos. Foram contactadas mais 4 potenciais participantes por cada grupo, tendo em conta os elevados níveis de recusa por se tratar de uma população de difícil acesso.

5.5. Amostragem

A amostragem foi do tipo “bola de neve” (Bowling, 2009) na medida em que as unidades de amostra se elegeram por critérios de representatividade do discurso. Considerou-se que a dimensão da amostra parou de crescer no momento em que se sentiu que a informação a recolher futuramente não iria acrescentar nenhuma mais-valia ao estudo por ter sido alcançada a *saturação* (Bowling, 2009; Creswell, 2009; Strauss e Corbin, 2008).

5.6. Instrumentos de recolha de dados

Para a condução dos grupos focais, foi elaborado um guião semiestruturado (apêndice III) com as seguintes dimensões:

i) Motivação, experiências e estratégias sobre o comércio informal transfronteiriço-*Mukhero*; ii) Saúde sexual e reprodutiva - Percepção de risco e de vulnerabilidade face as ISTs/ VIH; gravidezes indesejadas e práticas sexuais; iii) Planeamento familiar - relacionamento com as políticas públicas, conhecimentos e decisão sobre a utilização dos métodos contraceptivos incluindo o preservativo e práticas de IVG; iv) percepção sobre acesso e utilização dos serviços de sobre os profissionais de saúde.

5.7. Procedimento

Todas as sessões dos grupos focais, que duraram entre uma hora, e uma hora e quinze minutos, foram realizadas na sede da Associação *Mukhero* que se localiza dentro do mercado conhecido por “*Compone*”, que dista cerca de um quilómetro do centro da cidade de Maputo, que tinha condições para o efeito.

Os contactos iniciais do primeiro grupo foram efetuados pelo presidente da Associação e, dos restantes cinco, foram assegurados por cada participante do primeiro grupo, obedecendo-se o critério de recrutamento em “*bola de neve*” já descrito. A investigadora principal e a secretária da associação garantiram as reconfirmações por telefone três dias antes da realização das sessões. Estabeleceu-se o critério de que caso houvesse sinais de desistência, passar-se-ia para a seguinte participante, o que na realidade aconteceu.

Cada sessão foi realizada numa disposição em semicírculo, registada em áudio, de maneira a maximizar a colheita dos dados e permitir a transcrição integral das discussões para posterior análise. No início das sessões todas as participantes foram informadas sobre os objetivos gerais da investigação, os procedimentos para a recolha dos dados e a maneira como iriam ser conduzidas as reuniões. E finalmente foi solicitada a assinatura do consentimento informado (Apêndice 1).

Os discursos foram transcritos verbatim e os textos validados por re-escuta das gravações por outra colaboradora, visando ter uma concordância superior a 80%.

5.8. Análise dos dados

À semelhança do que acontece na maioria das pesquisas qualitativas, o processo analítico começou durante a fase da recolha dos dados, ou seja, da realização do trabalho de campo através dos grupos focais, o que nos permitiu conferir, interpretar e refinar os dados que estavam sendo continuamente colhidos. E foi com base na coerência entre os pressupostos teóricos, a metodologia investigativa, os objetivos da pesquisa e a análise preliminar apropriada dos conteúdos surgidos mediante a aplicação dos instrumentos, que se recorreu à *análise de conteúdo* para o tratamento dos dados.

A história da análise de conteúdo desde a sua criação, expansão e atualização até o ano de 2011, foi muito bem sistematizada por Bardin (2011). Em sua obra clássica, a autora definiu o assunto de uma forma abrangente e da seguinte maneira:

“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção /recepção destas mensagens” Bardin (2011: 44).

Segundo a mesma autora, as diferentes fases da análise de conteúdo organizam-se em torno de três pólos cronológicos: i) *a pré-análise*; ii) *a exploração do material*; iii) *a tratamento dos resultados e sua interpretação* (Bardin, 2011: 121).

1. Fase da pré-análise

Esta fase corresponde a um período de intuições, e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de modo a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Geralmente esta fase possui três missões: i) a escolha dos documentos a serem submetidos a análise; ii) a formulação dos objetivos e; iii) a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final. (Bardin, 2011:121).

2.Fase da exploração do material

Esta fase, geralmente longa e muitas vezes penosa, como foi o nosso caso, que consiste essencialmente em operações de codificação e categorização dos dados (Bardin, 2011:127). Mas antes de avançarmos, consideramos pertinente uma explicação mais detalhada sobre estes dois conceitos.

Codificação: Segundo Bardin (2011: 145),

“É um procedimento que corresponde a transformação dos dados em bruto do texto, por recorte em unidades de registo que é a unidade de significação que corresponde ao segmento do conteúdo a considerar como unidade de base”.

E a unidade de registo mais utilizada, é o tema, ou seja, a “*análise temática*” que é geralmente utilizada para estudar motivações, atitudes, valores, crenças, tendências, etc. (Bardin, 2011), e inclui temas que são esperados pela revisão da literatura, assim como aqueles que emergem do trabalho de campo (Pope, 2009).

Para o nosso trabalho procedemos a uma codificação aberta, ou seja, linha por linha (Strauss e Corbin, 2008). Segundo este autor, esta é a forma de codificação que mais tempo consome, mas sempre é a que dá melhores resultados e é importante no começo de um estudo, porque permite aos investigadores gerar categorias e desenvolvê-las por meio de “amostragem teórica”.

Categorização:

“É uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia). As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem em grupo de elementos (unidades de registo) com características comuns sob um título genérico” (Bardin, 2011: 145).

Para uma boa categorização, é preciso respeitar o princípio da homogeneidade e as categorias devem ser: a) exaustivas; b) exclusivas e ; c) adequadas (Minayo et al 2010). E quanto à sua origem, temos as categorias teóricas e empíricas, (Oliveira, 2008), e são

nestas últimas que nos debruçaremos na terceira fase obedecendo os princípios anteriormente descritos.

3.Fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação

É a fase em que os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos «*falantes*» e válidos. Operações estatísticas simples podem ser feitas tais como, percentagens, diagramas, figuras e modelos, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise, com vista a adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (Bardin, 2011:127), como veremos mais adiante na apresentação dos nossos resultados.

A partir dos conceitos teóricos apresentados na revisão da literatura sobre os determinantes de vulnerabilidade e procurando enquadrá-los nos resultados deste estudo, podemos dizer que os analisaremos em torno de três dimensões, segundo o modelo de Mann e Tarantola (1996):

- a) ***Dimensão individual***, obedecendo às questões individuais tais como: auto - percepção de risco e vulnerabilidade, o conhecimento e os comportamentos que as participantes têm e adotam perante as ISTs, com destaque para o VIH e o uso do preservativo e contraceptivos;
- b) ***Dimensão social***, onde as condições socioeconómicas andarão em volta das temáticas da pobreza, educação, as relações de género, as iniquidades e as influências culturais;
- c) ***Dimensão estrutural***, a qual contemplará as percepções das *mukheristas* relativamente ao acesso aos serviços e as atitudes dos profissionais de saúde.

5.9. Resultados

Depois de uma leitura exaustiva da bibliografia, da elaboração das categorias teóricas que nos orientaram na recolha de dados no campo, da codificação e categorização do material empírico, passaremos a apresentar os resultados com base nos relatos agrupados em dimensões e categorias de análise, conforme apresentado na tabela seguinte.

Tabela 8: Dimensões e categorias de análise.

| Dimensões | Categorias |
|-----------------------------------|---|
| Prática do <i>Mukhero</i> | Motivação para a prática do <i>Mukhero</i> Experiências e estratégias |
| Saúde sexual e reprodutiva | Informações sobre a semana da saúde da mãe e da criança Principais preocupações de saúde sexual e reprodutiva Perceção de risco e vulnerabilidades face às ISTs/VIH Conhecimentos sobre ISTs/VIH Uso do preservativo Uso dos métodos contraceptivos Práticas sobre a interrupção voluntária da gravidez |
| Serviços de saúde | Perceção sobre a procura e utilização dos serviços de saúde Perceção sobre o acesso/oferta de serviços e atitudes dos profissionais de saúde |

Em cada secção dos resultados, poder-se-ão encontrar citações seleccionadas de modo a serem ilustrativas, com a seguinte identificação: **(GF1- 1) (p.1: 11-12)**; onde (GF1- 1) – refere-se ao grupo focal e o número da participante no respectivo grupo focal; (p.1) - refere-se a página e; (11-12) - ao número das linhas onde se localizam os relatos.

Nesta secção começaremos por apresentar as características sociodemográficas das 36 mulheres *mukheristas* participantes no estudo, seguindo-se os resultados da análise dos relatos emergentes nas discussões dos grupos focais.

5.9.1. Características sociodemográficas

Como podemos verificar na **Tabela 9**, das 36 mulheres *mukheristas* participantes no estudo, a esmagadora maioria 94.4% tem idades compreendidas entre 30-49 anos e 58.3% são casadas.

No que diz respeito ao nível de escolaridade das mulheres que participaram no estudo, a maioria apresenta níveis de escolaridade altos, sendo que: 59.4% tem o nível secundário e 5.6% delas têm o ensino superior.

No que concerne ao tipo de habitação, 91.6% das mulheres vive em casas construídas por material convencional, 8.4% por material precário. E no que se refere ao acesso à água potável, todas relataram ter água canalizada em suas casas.

Quanto às fontes de rendimento, 77.8% vivem apenas do *Mukhero*; 13.9% utilizam o *Mukhero* como forma de complementar o salário, e 8.3% vivem do *Mukhero* e outros rendimentos.

Todas as mulheres têm filhos, e os números variam entre 53.7% mulheres que têm entre 1-3 filhos e 47.2% mulheres que têm entre 4-6 filhos. Quanto ao agregado familiar, a maioria 55.6% tem um agregado de 1-6 pessoas e os restantes têm um agregado entre 7-14 pessoas.

Tabela 9: Caracterização sociodemográfica das mulheres participantes nos grupos focais, cidade e província de Maputo, 2014.

| Variáveis | n | % |
|------------------------------|-----------|--------------|
| <i>Grupo etário</i> | | |
| 18-29 | 2 | 5,6 |
| 30- 49 | 34 | 94,4 |
| Total | 36 | 100,0 |
| <i>Estado civil</i> | | |
| Nunca casou | 7 | 19,4 |
| Casada / união marital | 21 | 58,3 |
| Separada / divorciada | 3 | 8,3 |
| Viúva | 5 | 13,9 |
| Total | 36 | 100,0 |
| <i>Nível de escolaridade</i> | | |
| Primário | 9 | 25,0 |
| Secundário | 25 | 59,4 |
| Superior | 2 | 5,6 |
| Total | 36 | 100,0 |
| <i>Tipo de habitação</i> | | |
| Material convencional | 33 | 91,6 |
| Material precário | 3 | 8,4 |
| Total | 36 | 100,0 |
| <i>Fontes de água</i> | | |
| Água canalizada | 36 | 100,0 |
| Total | 36 | 100,0 |
| <i>Fontes de rendimento</i> | | |
| <i>Mukhero</i> | 28 | 77,8 |
| Salário e <i>Mukhero</i> | 3 | 8,3 |
| <i>Mukhero</i> e outros | 5 | 13,9 |
| Total | 36 | 100,0 |
| <i>Número de filhos</i> | | |
| 1-3 | 19 | 53,7 |
| 4-6 | 17 | 47,2 |
| Total | 36 | 100,0 |
| <i>Agregado familiar</i> | | |
| 1-6 | 20 | 55,6 |
| 7-14 | 16 | 44,4 |
| Total | 36 | 100,0 |

5.9.2. Prática do *Mukhero*

A dimensão prática do *Mukhero* subdividiu -se em duas categorias: *motivação para a prática do Mukhero e experiências e estratégias*.

5.9.2.1. Motivação para a prática do *Mukhero*

Para compreender quais as motivações que levam estas mulheres, tanto as que têm um nível de escolaridade mais baixo, como as que têm habilitações literárias superiores a praticar o *Mukhero*, foram discutidos nos grupos focais, não só as razões para a prática desta actividade, mas também as suas perceções sobre as experiências vividas. Esta prática acontece num contexto inicial caracterizado pela pobreza e precariedade social, desigualdades de género, elevadas taxas de desemprego, pelo que, os seus relatos enquadram-se nas dimensões de vulnerabilidades sociais anteriormente mencionadas.

De entre os motivos evocados constam: não ter tido acesso à escola enquanto crianças e desistências por gravidezes indesejadas, a pobreza, a separação conjugal, viuvez, falta de emprego e baixos salários das próprias participantes ou dos parceiros, querer ajudar a família e ter uma vida condigna, conforme mencionado nos relatos que se seguem.

Pobreza e precariedade social

Um facto importante que emergiu em muitos grupos focais está relacionado com a pobreza que caracteriza maioritariamente estas mulheres antes de estarem estabelecidas no negócio.

“ Comecei a fazer negócio em 1997, porque eu cresci quase numa família pobre, minha mãe vendia tomate, cebola, às vezes a bebida tontonto. Lá para Bela Vista, ia comprar aqueles 5 litros de tontonto. Ia para Boane, lá nas machambas, comprar tomate, laranja e ajudava a ela a vender. Então eu fui crescendo e fui para o meu lar e vi de que é pá, a vida que levava o meu marido não conseguia dar- me tudo. Então comecei a vender no mercado Mandela (...) então, tive umas amigas que vinham-me fornecer carne, frango, então acabei

indo com elas para à Swazi e depois para Matsapa (Lesoto), comprávamos bebidas e entregávamos nas lojas “ (GF1-1) (p.6:6-14).

Desemprego, baixos salários e vida condigna

A falta de emprego e baixos salários das próprias participantes ou dos parceiros, o querer ajudar os maridos ou as famílias e a ambição de ter uma vida condigna, foram razões muitas vezes evocadas por estas mulheres para começarem a praticar o Mukhero.

“ O meu marido não trabalhava, (...) foi para ajudar o marido, a vida melhorou muito. Tenho meu carro, o meu marido tem carro dele, temos 2 casas, um camião que carrega tomate na África do Sul. ” (GF5-28) (p.2:17, 20-22).

“ (...) eu comecei a trabalhar, então o salário não era suficiente, (...) durante quase 7 anos a trabalhar, então vi que as coisas não davam (...) não sei o que posso fazer com os filhos que eu tenho, meu marido trabalha, mas o salário também não dá para nada ”. (GF6-34) (p.2:19-21; 24-25).

“ (...) eu crescia com a minha irmã. Ela tinha os seus negócios no mercado central. (...) ela levava-me, mas eu via aquelas modalidades que ela fazia, não tínhamos falta de roupa, não tínhamos falta de escola, mas ela educou-me desta maneira. Mas quando eu já cresço, fico adolescente bem, começo a namorar bem, começo a ter necessidade das minhas coisas, então eu perguntei a ela se não podia viajar na sua companhia (...) comecei a ter aquilo que eu sempre sonhei, ter uma casa condigna, ter um carro (...). Estou a educar os meus filhos na base do Mukhero, as minhas três crianças já estão nas faculdades na base da Mukhero. (...) tive que arranjar uma faculdade privada (...) “ (GF1-2) (p.1:22-26 :2:7-12).

Falta de escolarização

Somente uma participante referiu não ter frequentado a escola enquanto criança e outra referiu ter abandonado a mesma devido a uma gravidez indesejada.

“ Comecei a fazer Mukhero porque não tive acesso à escola quando era criança, comecei a fazer este negócio porque queria subir na vida, ver algo feito pelas minhas mãos.” (GF2 -7) (p.1:8-9, 11-12).

“ Eu comecei a vender em 1996, quando apanhei a primeira gravidez, deixei de ir a escola, entrei no mercado e comecei a vender, de princípio fui uma retalhista e depois deixei de ser retalhista e entrei no Mukhero, em 2007, então deu para fazer alguma coisa. Perdi o lar, mas comprei terreno, construí uma casa, comprei um carro, fiz mukhero por necessidade “ (GF2-11) (p.1:28-31, 33-34).

Viuvez e separação conjugal

Algumas participantes referiram a viuvez como a principal razão que as levou a praticar o Mukhero.

“ (...) Primeiro eu era retalhista em 1994 (...), então fiquei viúva em 2004, quando fiquei viúva, tive a aquela sensação de que hei-de fazer o quê com os meus filhos. Então foi daí que comecei a fazer o mukhero para sustentar os meus filhos, e daí comecei aos bocadinhos, (...), ir para África do Sul, batalhar de um lado para o outro e a vida começou a subir um bocadinho, agora consigo vender tomate, a vida melhorou.” (GF2-9) (p.1:16-21).

5.9.2.2. Experiências e estratégias

O tema das experiências e estratégias foi o que suscitou mais debate entre as participantes.

- **Experiências**

No que se refere às experiências, a esmagadora maioria das mulheres relatou situações de maus-tratos, agressões, extorsão e corrupção, violência e assédio sexual por parte dos policiais, agentes alfandegários e dos camionistas.

Maus - tratos e agressões

“ Os alfandegários têm-nos agredido, maltratam - nos aqueles homens nas fronteiras ” (GF1-5) (p.6:4-5).

“ (...) Você vai ficar ali ou vai fazer um empréstimo ali mesmo, se tem alguém que troca rands, você vai ter que ligar, porque não há como, eles não vão - te deixar sair dali, quanto muito, é só te prejudicar, mandam chamar um carro te buscar e vão - te meter na Frigo. É a solução deles ali, porque se pedem 5 mil meticaís e você levar 2 a 3 horas de tempo sem entregar, se calhar até vais dormir ali.” (GF1-3) (p.4:24-28).

Extorsão e corrupção

“ Então começa também do lado sul-africano a extorquir dinheiro. Ao longo do caminho há policia que extorque dinheiro. Se você não tem dinheiro, ali você é lavado para o “aeroporto”, onde vais pagar munto mais, porque nas nossas camionetas, começamos a adaptar um sistema de que pronto, para poder ganhar algo, temos que juntar um grupo de 4 -5 senhoras “ (GF1-3) (p.3:6-10).

“ (...) no dia 29 de maio, eu tirava sapatilhas daqui para África do Sul. Saí muito bem aqui, passei bem, só que na fronteira como a gente não tem nenhum papel assinado que as sapatilhas estão a sair de Maputo para Africa do Sul. (...), mais ou menos quase ao chegar em Durban, encontramos com a polícia sul-africana, e eu trazia 3 caixas (...). Pronto, o que eles fizeram, logo que descarregámos dentro da polícia, eles começaram a dividir os pares entre eles, nós os donos ainda ali “ (...) (GF3-18) (p.4:31-35; p.5:10-11).

“ O homem do “scanner” também por sua vez diz, não deixa refresco? Até porque aqueles (...) estão a ver que você está a soltar dinheiro em todos pontos, então porquê vocês não nos dão também? Então você tem que dar 50 ou 100.00 meticaís (....). Vai ao Km 4, o dito primeiro Frigo, ali querem dinheiro, ali você pode levar 1 a 2 horas de tempo (...).Vão cabeceando aqui, ali, dar cabeçada um ao outro, juntamos o dinheiro e voltamos a entregar os agentes. Outro de novo já está a gritar, o camião, você ainda não pagou! Então, você é obrigada a fazer dívidas (....) ” (GF1-3) (p.4:9-14;14-16).

Violência e assédio sexual

A violência e o assédio sexual praticados pelos agentes policiais e alfandegários, e os camionistas, foi a tônica comum nos discursos destas mulheres, que transpareceu ser um assunto que mais as preocupa, conforme vem nos relatos a seguir:

“ (...) “você vai dormir aqui comigo”, tua irmã vai dormir lá em cima” (...) “então se você não aceita isso, desce do meu carro”, eu não vou ficar aqui com duas mulheres assim” (...) a condição era para nós ficarmos e dormir com ele ali” (GF6-32) (p.6:17-20, 22-23).

- **Estratégias**

Além dos relatos de diferentes tipos de experiências, as participantes mencionaram um complexo de estratégias que adotam para passar com as suas mercadorias sem declarar. Algumas das estratégias que mobilizam são ilegais e as participantes referiram ter consciência de que não declaram tudo o que importam.

Subdeclaração de mercadorias

“ (...) só que na fronteira como a gente não tem nenhum papel assinado que as sapatilhas estão a sair de Maputo para Africa do Sul, (...) são aqueles insultos, e eles dizem que “onde vocês arranjam dinheiro para poder comprar isto, paguem dinheiro, vocês têm muito dinheiro ”. (GF3-18) (p.4:32-33;40-41).

“ (...) E já nos perseguem porque já se aperceberam que as toneladas que nós metemos lá no carro, estão a mais, então é aí onde começam a extorquir dinheiro e a balança também é viciada.” (GF1-3) (p.3:12-16).

“ (...) porque eles sabem que a gente algo tem a mais aí, por isso a gente não pode contar tudo aqui. (...). Sim, eles cobram, mas quando eles cobram, até dizem que vamos à Frigo, (...) porquê? Porque eles sabem que a gente não declara tudo, porque a taxa que eles estão a pedir é elevada.” (GF4-21) (p.7:14-15, 19-21).

Assédio sexual por parte das mulheres mukheristas

Foi expressado pela maioria das participantes que a outra estratégia muito importante, na sua óptica, é a de assediar os polícias e agentes alfandegários para maximizarem os seus lucros através da subdeclaração ou mesmo, não declaração das suas mercadorias. Esta estratégia configura-se como um risco e aumenta a vulnerabilidade por partes destas mulheres.

“ (...) Só que dali acaba aparecendo aquela coisa né, porque homem é homem, você no sofrimento, pode criar espaço para te conquistar, e você como estás a sofrer aquela pressão, acabas cedendo, isso acontece. Há pessoas mesmo que isso acontece, porque hoje está o meu (polícia ou agente alfandegário), porque já criaram aquela base, olha, pode acontecer o adultério “ (GF1-2) (p.4:7-10).

“ (...) nós também as mulheres, às vezes provocámos. A pessoa usa parece que vai à praia, enquanto está a atravessar uma fronteira, está a provocar aqueles homens das alfandegas, ela está a fazer aquilo ali para ser apreciada, aquele ali tem autoridade, ela quer passar facilmente, então ela lança um olhar assim e o alfandegário diz espera aí, vou- te atender, ela pediu isso! Sim “ (GF2-11) (p.5:23-27).

“ (...) Comigo ali na fronteira, quando chego (...) é tentar babar a eles, andar atrás deles e depois chegamos num consenso “ (GF5-28) (p.5:1-2).

Solidariedade mútua

Estas mulheres referiram que para se alcançar bons resultados, minimizar perdas e se protegerem de muitas experiências negativas por que passam neste processo, o espírito de entre ajuda joga um papel muito importante.

“ (...) Podíamos chegar na fronteira pagar, depois meia volta, ao descarregarmos na terminal, eles vinham já com argumentos, para levar-nos toda a mercadoria, então (...), começamos a estudar (...). Vale apenas arranjarmos uma outra saída. Então passámos a alugar aqueles camiões de 16 toneladas, aqueles camiões bem grandes, (...), porque eles mais ou menos nos exigiam um valor um pouco elevado, por volta de 50, 60 mil meticais cada camião, pronto, nós contribuíamos ali consoante a compra de cada um e fazíamos por percentagem ” (GF3-15) (p.3:26 - 35).

5.10. Saúde sexual e reprodutiva

5.10.1. Informações sobre o programa da semana de saúde da mãe e da criança

Relativamente ao programa da semana de saúde da mãe e da criança do MISAU, algumas participantes reconheceram a sua importância, como ilustrado pelas citações seguintes:

“ O programa serve para fazer o aconselhamento e o Planeamento Familiar “ (GF1-1) (p.:29).

“ O programa ajuda sim, porque além de ensinar como evitar as doenças, o PF ajuda-nos a controlar como a gente faz os nossos filhos (...) eles ensinam-nos os procedimentos que eles têm, porque como agora existe o DKT- que é o implante, porque dantes não havia, só tinha aparelhos, comprimidos e injeções “ (GF3-18) (p.7:1-5).

Mas a maior parte das participantes nos grupos focais foram unânimes em afirmar que devido à natureza da sua atividade, não têm muito tempo para se inteirarem sobre as mensagens de promoção da saúde/campanhas veiculadas pelos órgãos de comunicação social.

“ (...) voltamos à meia-noite, ou de manhã muito cedo, chego as vezes a casa às 3 horas da madrugada, ou saí da fronteira directamente para o mercado, porque tenho que ir abrir o carro, por isso não tenho tempo (...) saímos daqui do mercado às 17 horas ” (GF2-8) (p.4:12-15).

“ Eu como não paro em casa, muitas vezes não acompanho nada na TV (...) “ (GF3-14) (p.6:31).

Apenas um pequeno número de participantes referiu que tem acompanhado as informações de saúde passadas nos programas de televisão e que tem recebido mensagens nos seus telemóveis a apelar que as mães com as suas crianças se dirijam aos postos de atendimento criados em todos os bairros.

“ Bom, eu pelo menos já ouvi falar através da TV, passam as mensagens via telefone celular, via SMS para levarmos as crianças ao Centro de Saúde, por acaso o MISAU tem difundido esse programa “ (GF1-4) (p.8:18-20).

“ Na televisão, na rádio até as vezes ao telefone, até mesmo SMS nos mandam, para levar as nossas crianças às Unidades Sanitárias mais próximas das nossas casas” (GF2-7) (p.3:10-11).

“ Até no mês passado falaram na rádio “ (GF2-9) (p.3:14).

5.10.2. Principais problemas de saúde sexual reprodutiva

A quase totalidade das participantes nos grupos focais enfatizou que o cancro do colo do útero é o assunto de saúde sexual e reprodutiva que mais as preocupa, para além do VIH/SIDA que é muito conhecido pelas participantes, que elas consideram como uma “doença temida”.

“ Todas nós estamos preocupadas com o cancro do colo do útero no nosso seio, porque agora não se fala de outra coisa “ (GF3-17) (p.5:1-2).

“ (...) É como este despiste do cancro do colo, nós quando saímos dali (reunião com a 1ª dama), se nos tivessem dito assim: “mandem a lista da mukhero para amanhã fazerem o despiste”, teria ido toda a gente, porque saímos dali sensibilizadas (...). Mesmo essa história de PAP-teste, já programei com as minhas amigas mais intimas para irmos fazer “ (GF1-2) (p.14:23-26;p.7:9-10).

5.10.3. Percepção de risco e vulnerabilidades face às ISTs/VIH

Relativamente à percepção individual e colectiva de risco e vulnerabilidade de contrair infeções sexualmente transmissíveis, com destaque para o VIH/SIDA no decurso do processo do comércio informal transfronteiriço, a maioria das participantes afirmou ter consciência da problemática.

“ (...) Deixem contar o que se passou comigo, (...). Fiquei cerca de uma semana, aquilo era mato, só são machambas grandes (...), nós ficámos lá mas também dormíamos aonde? Tínhamos que dormir nos camiões juntamente com os motoristas durante uma semana (...) estamos em grande risco, não é fácil “ (GF6-31) (p.4,5:31-34, 2-3)).

“ As vezes algumas de nós provocamos os alfandegários (...) nós também as mulheres às vezes provocámos (...) então ela lança um olhar assim e o alfandegário diz espera aí, vou- te atender, ela pediu isso.” (GF2-11) (p. 5: 7-8).

Mas um número reduzido de *mukheristas* não se considera em situação de risco de infecção por VIH, alegando que quando viajam não vão à procura de outros homens, por estarem sempre focadas nos seus negócios.

(...) você pessoalmente é que deve-se controlar, se cuidar (...) se durmo lá durante 2-3 dias, não posso- me meter com qualquer homem que não seja o meu pelo risco que estou a correr de contrair DTS/HIV ” (GF6-32) (p.6:28-32).

Estas participantes enfatizam que as dificuldades que encontram para a sua sobrevivência e as condições que lhes são impostas, fazem com que muitas vezes elas se envolvam em comportamentos de risco que aumentam a vulnerabilidade para estas patologias, ou seja, assumem uma atitude *”fatalista”*.

“ (...) muitas mulheres o que que fazem, por quererem facilidades de serem transportadas talvez de uma forma amigável, acabam tendo amizades com os camionistas (...), lá na fronteira, por saber que eu aqui tenho que ter um amigo para poder facilitar a saída da minha mercadoria, tem mais um dos alfandegários, e quando vem para cá tem outro (...)” (GF6-32) (p.6:3-5).

Por outro lado, encontrámos alguns discursos entre as *mukheristas* mais velhas, que dizem que o risco e vulnerabilidade eram mais elevados nas *mukheristas* mais jovens, enquadrando-se na teoria de que *“é impossível ou pouco possível acontecer comigo”* e que o problema só pode acontecer com os outros.

“ (...) imaginem se me encaro nessa situação, não para o meu caso, mas para as jovens, porque temos adolescentes no grupo, quando não consegue sair, ou porque o alfandegário apreciou a ela, se ela cede, sabe que pelo menos tenho uma coisa para me prevenir (...) ela também vai dizer que olha, eu estou prevenida para além do HIV, também de várias infecções e de gravidez não desejada “ (GF1-2) (p.8:7-12).

Por outro lado, houve quem mostrou preocupação e sugeriu que seria bom que fosse oferecida a testagem do VIH ao nível das fronteiras devido à falta de tempo que estas mulheres têm para se dirigirem às unidades sanitárias:

“ (...) Sim eles até poderiam aproveitar para ver que afinal de contas, das pessoa que migram, qual é o número de pessoas que entram para a fronteira de espontânea e livre vontade, passarem a fazer o teste. A pessoa pede e diz que eu quero fazer o teste (...) porque há pessoas que as vezes dizem que eu gostaria de fazer, mas quando vão aos centros de saúde, lá tem havido bichas “ (GF1-2) (p.14:16-19; 21-22).

5.10.4. Conhecimentos sobre ISTs/VIH/SIDA

Foi notório nos depoimentos da maioria destas mulheres que o assunto do VIH/SIDA é bastante conhecido. Isso deve-se ao facto de haver uma ampla divulgação e disseminação de mensagens através da imprensa e materiais de educação para a saúde ao longo das fronteiras, com maior regularidade do lado sul-africano.

“ (...) o que nós verificámos nas duas fronteiras, são panfletos que falam de DTS's incluindo o HIV, ali existem. Quanto a isso, como somos pessoas em risco, sabemos que estamos bem informadas e que pelo menos essa parte, mesmo que haja adultério, alguém tem que estar prevenido para evitar infecções “ (GF1-2) (p.7:29-31).

Elas também destacaram as ofertas que têm recebido das quintas sul-africanas em matéria de testagem voluntária para o VIH nos dias em que permanecem nos campos agrícolas para a aquisição das suas mercadorias. Esta prática é percebida como forma de proteção e demonstração de interesse relativamente aos seus problemas de saúde.

“ Quando acontece nas machambas dos boers (farmeiros sul-africanos) (...) eles dizem que venham cá, mesmo na semana passada fizemos a testagem do HIV “ (GF2-11) (p.5:7-8).

Por outro lado, notaram-se muitas lacunas e a banalização de alguns sintomas em relação às outras ISTs, como é o caso da Sífilis, que apesar de constar no cartão de controlo pré-natal do SNS, quase ninguém mostrou ter conhecimento sobre ela, assim como a gonorréia.

“ Se tenho essa situação de sair sujidade, se for leve, não precisa de ir ao hospital, mas se for muito forte, com comichão e sujidade com uma cor estranha, aí vou ao Hospital, não sei se é essa sífilis ou gonorreia” (GF2-11) (p.2:19).

De um modo geral, também se percebeu que uma parte significativa de mulheres *mukheristas* participantes nos grupos focais nunca tinha ouvido falar sobre o vírus que provoca o cancro do colo do útero, nem como se transmite, o que consubstancia a grande preocupação demonstrada nos anteriores relatos.

“ (...) eu gostaria também de falar sobre (...) o problema do cancro do colo do útero, porque acho que nenhuma de nós sabe qual é o micróbio que transmite, como se transmite e como devemos prevenir, não é colegas? “ (GF4-19) (p.8:15-17).

“ Sim” (GF4 - 20,21,22,23,24) (p.8:18).

5.10.5. Uso do Preservativo

Conhecimentos

Os resultados da nossa pesquisa mostram diferentes níveis de conhecimento e eficácia por parte das participantes em relação ao preservativo masculino e feminino, apesar de ter havido um caso que referiu nunca ter visto o preservativo feminino e nem saber como se usava.

“ É bom, é muito bom para os viajantes, todo mundo vê ali “ (GF1-1,2,4) (p.8:6).

“ Protege, acho que é o melhor meio para prevenir gravidez indesejada e DTS “ (GF2-9) (p. 2:32-33).

“ Eu pessoalmente não iria saber dizer que problemas havia com o preservativo masculino, quando introduziram o feminino, mas acho que veio mesmo para ajudar as mulheres e a minimiza as doenças e as gravidezes, (...), pelo menos minimiza um bocado as doenças “ (GF4-24) (p.2:24-26).

“ Porque imaginam se me encaro nessa situação, não para o meu caso, mas para os jovens, porque temos adolescentes lá, porque não consegue sair, ou porque o alfandegário apreciou a ela, se ela cede, sabe que pelo menos tenho uma coisa para me prevenir, e essa pessoa também que é agente das alfândegas deve ter a consciência que estou a usar a menina mas estou prevenido, e ela também vai dizer que olha, eu também estou prevenida, para além do HIV, de várias infeções, também da gravidez não desejada. (GF1-2) (p.8:7-13).

Disponibilidade de preservativos

Em todos os grupos focais, os relatos mostraram uma certa unanimidade entre as mulheres relativamente à disponibilidade dos preservativos, referindo que os mesmos estão sempre disponíveis do outro lado da fronteira, ou seja, na RSA, e que existem algumas irregularidades do lado moçambicano:

“ Outra coisa que nós verificámos nas nossas fronteiras, são caixinhas de preservativos e alguns panfletos que falam de DTSSs, ali existe. (...) na altura até ofereciam, agora existem na casa de banho, o que tu apanhas na tua cara é só preservativo, principalmente do lado sul-africano. E veja só que os sul-africanos até nas casas de banho deles lá põem, (...), têm lá a caixinha, o que em Moçambique já não tem isso, as vezes é um negócio, porque não há preservativo na asta pública, se não tem no hospital, tens que ir comprar, mas na fronteira as vezes tem “ (GF1-2) (p.7:28-31,35-37; p.8:1-3).

“ Na fronteira sul-africana tem havido sempre preservativo feminino” (...) “Mas é raro encontrar o preservativo feminino do lado moçambicano e nos nossos hospitais (GF3-13,14,15,16,17,18) (p.11:4, 5-6).

Poder de decisão para o uso do preservativo

Outro assunto descrito por quase todas estas mulheres com um sentimento de impotência para evitar situações de risco, foi a dificuldade na negociação para o uso do preservativo, tanto em relações estáveis, como nas ocasionais. A maioria das participantes mencionou o uso do preservativo como um método de prevenção das ISTs e gravidezes indesejadas. Entretanto, notou-se pelos seus depoimentos, que o seu uso está centrado no homem e relacionado à hegemonia masculina sobre as mulheres, uma vez que são estes a quem é atribuída a responsabilidade do uso do preservativo, apesar de nem sempre elas terem o controlo do comportamento sexual dos seus parceiros.

“ Há outros maridos que não aceitam o uso do preservativo. Isso aí para mim não funciona, é carne com carne” (GF1-1) (p.9:26-28).

“ Eu queria - te explicar, as vezes não é fácil usar o preservativo, acha que eu posso tentar mesmo, mamã, é um zimbabwiano aquele, já tem meses cá em Moçambique, viaja entre Moçambique - Africa do Sul, tem quanto tempo na rua sem ter mulher? Encontra-te (risos), eu não estou a negar (usar), mas....” (GF6-32) (p.8:5-7).

“ Eu posso dizer, talvez andar com camisinhas, mas quando alguém tem esse objectivo, já nem te dá tempo para você se prevenir, você pode ter intenção de que vou meter aqui na minha bolsa, qualquer descuido vou - me precaver, mas há casos em que o tal já nem quer saber, e muitas vezes ele sabe que é seropositivo e quer contaminar todo mundo (...). Por isso que quando tu dizes, ou por mais que tu digas que coloca o preservativo, ele não aceita “ (GF6-33) (p.7: 10-13; p.8:8-9).

5.10.6. Uso de métodos contraceptivos

Em relação ao uso dos métodos contraceptivos, a análise dos dados permitiu mostrar algumas divergências de conhecimentos no seio das participantes. Por um lado, a maioria das intervenientes mostrou ter conhecimentos em relação aos diferentes métodos contraceptivos, apesar de algumas delas terem adquirido esse conhecimento muito tardiamente (vizinhos, amigas, pares).

“ Agora só sei que tem pílula, implante, injeção, aparelho e laqueação. (...) da minha parte usava pílula, só que agora parei, (...), como já sou grande, já não quero filhos, eu tomava pílula, jeito não.

Por outro, uma pequena parte delas apresentou algumas lacunas no conhecimento e atitudes desfavoráveis à utilização de contraceptivos e referiram se automedicarem para fazer o planeamento familiar, que muitas vezes é feito de uma forma desregrada.

“ Mas eu vou falar da parte da Mukhero (...). É assim, eu o que noto nas colegas, é que elas fazem o planeamento de forma descontrolada, porquê que digo isso? Porque é fácil comprar pílula, porque não têm tempo de ir ao hospital senão as coisas delas vão parar, então compram pilulas, (...), vão fazendo, vão fazendo, mas chega naquela data ou provoca hemorragia ou não vê o ciclo menstrual. Então a pessoa fica mais preocupada. Isso acontece muito no nosso seio “ (GF1-2) (p.9:2-7).

Poder de decisão sobre o uso de contraceptivos

Outra questão relevante apontada por algumas destas mulheres *mukheristas* nas discussões nos grupos focais foi a dificuldade no uso dos métodos contraceptivos, na medida em que muitas vezes são os parceiros, e não raras vezes, um outro membro da família que tem o poder de decisão.

“ Dantes eram os sogros que decidiam (...) mesmo para abrir a ficha pré-natal, ainda há zonas que quem decide por exemplo, é a sogra “ (GF2-7) (p.3:31-32).

“ Depois, a maneira como a sogra te tira a criança, é para dizer para tu fazeres outra criança, é para o filho voltar a engravidar-te de novo, mesmo que não tenha um espaçamento grande, basta a sogra decidir, tomada de decisão, quem tem poderes é ela. Tira-te a criança para o filho ficar a engravidar-te. (...). O homem ia às minas, (...), ia trabalhar aonde, mal que voltasse, arrancavam- te a criança, chegou o filho hoje, bem-vindo, dia seguinte a mãe te despede, carregou a criança, foi, para vocês ficarem a resolver outro assunto “ (GF1-2) (p.10:2-8).

Mas também houve quem sugerisse alternativas, tais como recurso ao método de implante porque é invisível e à Depo-Provera (injeção), que estão à margem do controlo dos parceiros para evitar uma gravidez:

“ O marido da minha irmã queria mais filhos, então ela pôs implante às escondidas, basta ele descobrir que ela está a tomar comprimidos às escondidas, aí há barulho “ (GF6-36) (p.9:14-16).

A minha irmã tem 4 filhos e a minha mãe perguntou porque ela não faz mais filhos? E eu disse mama, não pode se arriscar minha irmã. Ela depois apareceu em casa e disse que ela tinha feito planeamento, pôs implante e o marido dela não sabe, teve que fazer as escondidas, nem a minha mãe, nem o marido sabem disso (GF5-28) (p.6:18-19,21,23,26).

Algumas intervenientes contrariaram esta perspectiva dizendo que a tomada de decisão para o uso de contraceptivos, dependia exclusivamente delas. Este aspeto mostra a capacidade que algumas mulheres têm de “contrariar” as imposições familiares e manterem a sua autonomia:

“ (...) eu decidia por mim mesma, ninguém interferia na minha vida, com os meus programas. Eu entendia que devia fazer filho no ano X, eu ficava aquele tempo, ia para o hospital, apanhava injeção e pronto “ (GF3-15) (p.6:10-12;15).

Num grupo focal, foi reconhecido que nos dias de hoje, algumas dessas práticas culturais sobre quem decide em relação ao número de filhos que uma mulher deve ter, já estão a reduzir, principalmente nas zonas urbanas. Porque tem sido apontado que as barreiras sociais, as questões culturais e religiosas, as representações sociais, as desigualdades de género com forte dominância masculina ou outro membro da família na tomada de decisão sobre o PF e contraceção, podem estar na origem das persistentes altas taxas de fertilidade que muitos países em desenvolvimento enfrentam, em particular os da África subsaariana da qual Moçambique faz parte (UNFPA, 2012: 17; Mosha et al. 2013; Arnaldo, 2013).

“Agora não há muito disso, (...) no campo, isso ainda continua (...). Já não é lá muito, quando chega a hora, você pega na sua ficha pré-natal e vai ao hospital “ (GF1-1,2,3,4,5,6; GF5- 25) (p.6:28-29).

5.10.7. Práticas de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG)

A maior parte das intervenientes dos grupos focais referiram que a interrupção voluntária de uma gravidez não desejada deve ser sempre realizada no ambiente hospitalar.

“ (...) o meu conselho, é não te fazer nenhum aborto, vou te levar para o sítio onde tu vais fazer coisas legais, (...), porque no dia em que as coisas correm sem complicação, tudo muito bem, mas se um dia ter problemas, vais dizer que é a fulana e aí tudo vai sair à tona. Então o melhor conselho é ir ao hospital “ (GF1-2) (p.9:17-20).

“ (...) Se não corre bem, no hospital já sabem o que vão fazer “ (GF3-16) (p.9:9).

Por um lado, estas mulheres demonstraram conhecimentos relativamente consistentes no que diz respeito às complicações e riscos decorrentes de interrupções não assistidas por profissionais de saúde.

“ (...) Perde a vida, corre o risco de morrer (...) então ela dizia que eu só faço meninas, só faço meninas, e pá, já estou cansada, as tantas, esta aqui também é uma menina, deixa lá abortar, abortou sozinha, perdeu a vida em casa, é um risco (...) Exactamente, tenho uma sobrinha que está a chorar, já não consegue conceber, abortou mal em casa, e até hoje” (GF3-15) (p.9:10; 15-17; 20-21).

“ (...) Corre risco de morte, de hemorragia ou seja, de perder muito sangue, porque quando faz aborto ficam coisas lá dentro, não sei se é sangue, tem que ir ao hospital para fazerem raspagem, tirarem aquela sujidade que está no útero” (GF4-19) (p.4:4-6).

*“Provoca infecção (...) pode ser retirado o útero originado por picar com agulha”
(GF5-29 e 30) (p.6: 12,16).*

Em contrapartida, algumas participantes também reconhecem que tem havido por parte de certas mulheres práticas que podem pôr em risco as suas vidas. Como por exemplo, quando se recorre à substâncias corrosivas, como água da bateria, plantas medicinais concentradas sem obedecer certas regras (dose certa), instrumentos perfurantes, entre outros.

*“ Outras às vezes tomam medicamentos tradicionais ou compram comprimidos na farmácia para abortar (...) É muito arriscado fazer o aborto em casa ” (GF5-28)
(p.6:3, 9-10).*

*“ Por exemplo no meu caso, quando tive a primeira gravidez, eu falei para uma das minhas amigas, que eu não estou a ver o período e ela disse que ehh, deve ser grávida (...). Ela foi comparar 2 garrafas médias de cerveja preta, e disse que vamos ferver para tomar (...), mas eu disse que tenho que dizer a minha mãe primeiro, não cheguei de tomar e tive gémeos, não aceitei tomar a cerveja fervida”
(GF2-11) (p.4:16-17, 20-22).*

“ Pode ser retirado o útero originado por picar com agulha (GF5-30) (p.6:16).

“ Se usa agulha, fura. “ (GF6-34) (p.9:1).

5.11. Procura/utilização e acesso/oferta aos serviços de saúde

Com vista a explorarmos as percepções destas mulheres *mukheristas* sobre a procura, acesso e utilização dos serviços públicos, apesar de a descrição vir mais adiante, resumiremos os relatos emergidos das discussões dos grupos focais, no quadro que apresentamos a seguir, em duas subcategorias: i) percepção sobre o padrão de procura e utilização dos serviços de saúde públicos; ii) percepção sobre o acesso e a qualidade dos serviços de saúde públicos.

Tabela 10: Resumo dos pontos centrais dos relatos emergidos nas discussões dos grupos focais, Cidade e província de Maputo, 2014.

| Percepção | Fatores condicionantes |
|--|--|
| Padrão de procura e utilização dos serviços de saúde públicos | <ul style="list-style-type: none"> -Falta de tempo -Automedicação -Preferência pelas clínicas privadas |
| Acesso e oferta dos serviços de saúde públicos | <ul style="list-style-type: none"> -Longas distâncias e mau atendimento -Inadequação do horário -Longo tempo de espera -Recursos humanos insuficientes -Negligência e falta de profissionalismo de alguns trabalhadores de saúde -Cobranças ilícitas -Comparação do SNS com os da RSA |

5.11.1. Percepção sobre o padrão de procura e utilização dos serviços de saúde

Muitas participantes procuraram e utilizam os serviços de saúde privados em detrimento dos serviços públicos, devido a razões apresentadas no quadro anterior: falta de tempo, automedicação, preferência pelas clínicas privadas, longas distâncias e mau atendimento, inadequação do horário, longo tempo de espera, recursos humanos insuficientes/negligência, falta de profissionalismo de alguns profissionais de saúde e cobranças ilícitas.

Falta de tempo e preferência pelas clínicas privadas

“ Mas no mundo da Mukhero, não há tempo” (GF1-4) (p.15:23).

“ Se queres um atendimento rápido específico, a melhor coisa é ir pagar a clinica privada, (...) ou então se tens um dinheirinho no bolso, conheces alguém qualquer coisa assim, és atendido rápido, porque o Centro de Saúde em si, o atendimento é muito lento, vais apanhar uma bicha no Centro de Saúde “ (Ent.31) (p.10:1-7).

“ (...) se eu tenho uma emergência e se tenho um doutor que eu conheço que está no hospital X, ou quando ligo para ele, vou - lhe encontrar, trato o meu assunto e vou-me embora, ou recorro outra clinica (...), pagas mais, mas o tratamento vai ser aquele que tu queres “ (GF6-31) (p.10:15-18).

“ Mas no mundo da Mukhero, não há tempo ” (GF1-4) (p.15:23).

Automedicação

Para além da falta de tempo e preferência pelos serviços de saúde privados, as participantes realçaram que é comum a prática de automedicação.

“O problema é que este grupo aqui, compra nas farmácias (...) (GF1-2) (p.13:19).

“ (...) É à Deus dar, e o que fazemos na maior parte de nós mukheristas, é automedicarmo-nos (...). Nós todas andámos sempre com ibuprofeno quando viajámos, isso é o prato do dia-a-dia, ninguém esquece paracetamol e ibuprofeno “ (GF1-2) (p.7:19-20; 25-26).

5.11.2. Perceção sobre acesso e oferta de serviços de saúde públicos

Relativamente aos serviços de saúde oferecidos, ficou patente na maior parte dos discursos, sentimentos de insatisfação sobre o mau atendimento e insuficiência de recursos humanos.

“ Há alguns centros de saúde que atendem mal, (...), eu prefiro ir ao Hospital Central, fica-se muito tempo à espera até às 12. (...), prefiro subir “chapa” ir à clínica especial (...) queremos a melhoria no atendimento nos hospitais (GF5-30) (p.7:8-9, 11, 27).

“ (...) eu ia ter parto (...) só tinha uma única enfermeira (...) fui pedir ajuda aquela enfermeira que disse, aguarda, hei-de te atender, 7 horas, 9 horas, fiquei ali até às 10 (...), foi conversar com uma das amigas no sector de Planeamento Familiar (...). Quando arrebentou a bolsa de água (...) a servente foi chamar aquela enfermeira, e quando a enfermeira chegou, ela disse heee!!! Eu não vou fazer a senhora dar parto, eu perguntei porquê? Ela heeei, a senhora está a ter um parto complicado, só posso - te fazer uma transferência para o Hospital José Macamo. E quando cheguei no hospital José Macamo, perdi o bebé assim mesmo (...) (Soluços e choro) (GF2-11) (p.7:17-18; 31-35).

“ As tantas, o pessoal de saúde, é o cansaço também “ (risos). (GF1-4) (p.13:25).

Apesar de nas zonas urbanas as longas distâncias que separam as unidades sanitárias das suas casas não constituir problema para a maioria das participantes, mesmo assim, algumas manifestaram a sua preocupação em relação ao assunto, e a maioria relatou a inadequação do horário como sendo uns dos maiores obstáculos para a procura dos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

“ (...) Também os centros de saúde estão longe e depois fecham cedo (GF6-33) (p.10:35).

“ (...) O nosso tempo com o horário do hospital joga? “ (GF1-2) (p.13:19; 12-25).

“ Não joga “ (GF1-1,2,3,4,5,6) (p.12:26).

Outra questão relevante levantada em alguns grupos focais foi o longo tempo de espera na marcação das consultas médicas, análises clínicas, e no atendimento pelo corpo clínico.

“ (...) você pode chegar às 7.30, você chega ali, fica, podem começar às 8, a atender uma pessoa deixar, (...) atender outra pessoa, você fica mesmo até 13, 14 horas, enquanto estás ali “ (Ent.35) (p.9:30-32).

“ Então eu vou ao hospital e marcam as análises para daqui há 90 dias? “ (GF5-25) (p.7:24).

Cobranças ilícitas

Pelos discursos de algumas mulheres, foram apontadas cobranças ilícitas praticadas por alguns funcionários nas unidades sanitárias, como sendo um sério problema das unidades sanitárias públicas.

“ Há vezes que tens que tirar dinheiro para te atenderem mais rápido “ (GF5-27) (p.7:12).

“ (...) você chega mal, cozem- te sem anestesia, se não tens dinheiro, eles te cozem sem nada (...), já com dinheiro, eles te põem anestesia (...). Se hospital é assim, muita gente pode morrer por causa disso “ (GF4-22) (p.6:3-4,7-8).

Atitudes dos trabalhadores da saúde

No que diz respeito às atitudes de alguns profissionais de saúde (negligência e falta de profissionalismo), as mulheres relataram experiências menos positivas principalmente da geração pós-independência, em particular nos trabalhadores do sexo feminino, tendo em conta que os cuidados materno-infantis no país, maioritariamente são realizados pelas enfermeiras.

“ Pelo menos eu da minha parte, já fui insultada quando fui dar parto a minha filha, por isso estou a criticar” (GF4-19) (p.5:28-29).

“ O feitio feminino conta, o feminino atende mal (...) as nossas filhas técnicas da saúde, elas em geral, atendem mal. Se você é bem atendida, é porque naquela sala, naquela triagem, ainda está uma enfermaria antiga. Sinceramente, as crianças brincam nas enfermarias, brincam nas salas de tratamento, o doente mal aqui fora, elas estão a conversar lá dentro, a racharem mesmo (...) “ (GF1-5) (p.13: 6, 27-30).

“ (...) só que isso depende do coração da pessoa que atende, porque as vezes você vai ao hospital mal e, (...) não te dão ouvido e não olham para ti, isso

depende da sorte, há pessoas que ainda continuam a atender mal na saúde “ (GF1-5) (p.12:13-16).

Comparação entre os serviços de saúde da RSA e de Moçambique

Entretanto, as nossas participantes fazem uma comparação em relação ao nível de organização dos serviços de emergência da República sul-africana e os de Moçambique, dando uma nota positiva aos do país vizinho, visto acontecerem vários acidentes de viação ao longo do percurso.

“ (...) na África do Sul se há um acidente (...), ligam para aquela ambulância, eles sempre estão nas ruas, basta ter o número” (GF6-32) (p.11:6-7).

“ Aqui no nosso país, quando você fica doente, aquele número que dizem linha verde, você liga, aquilo fica tum, tum, tum, vão- te mandar esperar, nem te atendem (...), as pessoas ficam aí penduradas e acabam perdendo a vida “ (GF6-31) (p.11:9-11).

“ Lá (RSA) não, estão organizados eu fui tratada de uma maneira, nem parecia que estava noutro país, lá fui bem tratada, me deram medicamentos e cozeram-me bem, me deram tudo como deve ser “ (GF5-22) (p.6:21-23).

“ Acho que deviam seguir o exemplo da África do Sul “ (GF5-21) (p.6:27).

Porém, um pequeno número de mulheres *mukheristas* elogia o atendimento nos serviços de saúde do Estado.

“ Por mim, eu acho que o hospital está a atender muito bem. E no caso de dinheiro, nós é que oferecemos. Se a pessoa oferece, ela não vai recusar. Se estamos sentados nos bancos, é porque estamos à espera da bicha. Eu não posso chegar de casa e ser a primeira enquanto tem aquela outra pessoa à espera “ (GF5-21) (p.5:21-24).

“ (...) eu por exemplo, quando estou doente tenho que ir ao Hospital (...), agora o hospital atende mais ou menos melhor, só depende da cabeça da pessoa “ (GF2-8) (p.6:25-26).

“ Huum, depende, uma vez eu fui quase as 12 horas, disseram-me que já estamos quase para fechar, mas como estás aqui, vamos- te atender “ (GF1-4) (p.13:4-5).

5.12. Discussão

Os resultados do estudo qualitativo permitiram-nos explorar, descrever e contextualizar o fenómeno da alta mobilidade e migração populacional, analisando as motivações, experiências, estratégias e perceções destas mulheres em relação aos principais problemas de saúde sexual e reprodutiva e de risco e vulnerabilidade para as ISTs/VIH/SIDA, uso do preservativo e de métodos contraceptivos, práticas de interrupção voluntária da gravidez e, a procura/utilização e acesso/oferta de serviços de saúde públicos.

Os resultados deste estudo vão ao encontro das nossas premissas de que as mulheres de alta mobilidade tinham risco e vulnerabilidades acrescidas para contrair infeções sexualmente transmissíveis e gravidezes indesejadas e tinham um padrão de pouca procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva, tendo em conta o contexto em que este fenómeno do *mukhero* se processa.

Ao contrário de alguns outros estudos, segundo os quais as mulheres que migram ou se movimentam constantemente geralmente são jovens (20-24 anos), os nossos resultados mostram que a maioria das idades das participantes variou entre 30-49 anos, corroborando com outros estudos nacionais e internacionais (Chivangue, 2012; Sudhinaraset et al., 2016; Raimundo e Muanamoha, 2013; Grassi, 2009).

No que diz respeito ao nível de escolaridade, as participantes do estudo apresentam níveis de escolaridade altos, que até incluem indivíduos com ensino superior, que contrasta com as altas taxas de analfabetismo principalmente nas mulheres (71.6% nas zonas rurais contra 31.4% nas zonas urbanas, com 13.7% na cidade de Maputo e 26.6%, na província de Maputo), ao contrário nos homens (39.1% e 14% nas zonas rurais e urbanas), respetivamente. A explicação para este retrato poderá estar relacionada com as massivas campanhas de alfabetização que foram empreendidas nas primeiras décadas do pós-independência política e económica ocorrida em 1975. O objetivo do Governo era de reduzir as taxas de analfabetismo de 60% no ano 2000 para 30% entre os anos

2000 e 2015, o que não foi alcançado, situando-se em 45% em 2015 (MGCAS, 2016; INE, 2010; IOF 2014/15).

Em relação ao agregado familiar, os nossos dados estão em conformidade com a média nacional, aproximadamente de outros investigadores nacionais, ou seja 6 pessoas por agregado (IDS, 2007; Chivangue, 2012; Raimundo e Muanamoha, in CEPISA 2013).

No que concerne aos outros indicadores socioeconómicos, a maioria das mulheres tem o *mukhero* como principal fonte de rendimento, vive em casas construídas por material convencional e têm água canalizada em suas casas, levando-nos a pensar que este grupo de mulheres poderá ter ascendido socialmente.

Esta posição tem sido corroborada por alguns autores nacionais e da região (IOM, 2005; Chivangue, 2012; Matsimbe, 2013), que têm afirmado que as mulheres de alta mobilidade fazem este tipo de negócio não só para a sua sobrevivência, mas perspectivando a reprodução socioeconómica e afirmação nas relações sociais, a ascensão do seu estatuto social e económico, e o seu posicionamento na sociedade como agentes redutores da pobreza, levando à redefinição das identidades na estrutura do agregado familiar, suscetíveis de promover a mobilidade social.

Analisando as motivações que têm sido apontadas pela literatura internacional (IOM 2010a; IOM, 2010b; Merry et al., 2011) como indutoras da alta mobilidade e migração, destacam-se: i) as desigualdades económicas intra e entre nações; ii) conflitos político-militares e sociais; iii) a pobreza e o desemprego, iv) mudanças climáticas e a destruição do meio ambiente; v) a violência, perseguição política, étnica e religiosa, vi) obrigações familiares e académicas e, vii) o desenvolvimento tecnológico/globalização.

Os pesquisadores nacionais (Raimundo, 2009; Covane 1996; Chichava, 1998; Chivangue, 2012; Arnaldo, 2013) contextualizam as motivações, acrescentando factores como: i) o trabalho migratório secular; ii) a estagnação da economia rural que força seus residentes a migrar para as áreas urbanas; iii) o prospeito da exploração dos recursos naturais; iv) a crença na feitiçaria e, iv) o comércio informal transfronteiriço, vulgo

“*Mukhero*”, no sul de Moçambique, que é o caso deste estudo. E estes estão na origem da movimentação de muitos moçambicanos.

No âmbito dos resultados do presente estudo, as nossas participantes apontaram como causas que se enquadram na lista anteriormente apresentada, as seguintes:

- 1) Não ter tido acesso à escola enquanto crianças e desistências por gravidezes indesejadas e precoces;
- 2) A pobreza e precaridade social, desemprego e baixos salários das próprias participantes ou dos parceiros;
- 3) A separação conjugal e viuvez;
- 4) Querer ajudar a família e ter uma vida condigna.

A falta de escolarização por não ter tido acesso a escola e/ou por abandono devido a casamentos prematuros, gravidez indesejada e maternidade precoce por parte de algumas participantes do estudo, foi e continua sendo um dos maiores problemas que perpetuam os altos índices de analfabetismo e pobreza assentes em desigualdades de género no nosso país (INE, 2010).

Estes entraves que mantêm o analfabetismo no seio das mulheres, por um lado, fazem com que estas não busquem e nem reivindiquem por uma saúde e direitos sexuais e reprodutivos, por outro, não se apropriem de informações relevantes que influenciam na percepção, práticas e comportamentos a adotar em relação as ISTs/VIH/SIDA, gravidezes indesejadas, uso do preservativo e contraceção, e outros problemas da saúde. Ou seja, fica diminuída a capacidade de entendimento das informações sobre saúde, de adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, e da procura e utilização dos serviços de saúde. Estudo realizado por Ciampa et al. (2012), corrobora com os nossos resultados enfatizando a importância da escolarização da mulher para a obtenção de melhores resultados de saúde.

O analfabetismo nas mulheres, cuja dimensão já foi referenciada anteriormente nesta secção, especialmente nas zonas rurais onde fatores como baixa percepção da relevância da educação e altos índices de pobreza são maiores, faz com que haja uma redução de oportunidades na inserção no mercado de emprego, empurrando as raparigas para o

trabalho precário (nomeadamente, doméstico e comércio informal), e remunerações baixas, com consequente incapacidade de contribuir efectivamente para o bem-estar das suas vidas e a um ciclo vicioso, analfabetismo-pobreza (MGCAS, 2016).

Os nossos resultados igualmente são consonantes com os de Cruz e Silva & Andrade (2005), que mostraram que a falta de acessibilidade à escola faz com que um grande número das raparigas em idade escolar tenda a deixar a escola mais cedo, tenha de enfrentar o assédio sexual no meio escolar (problema frequente nas escolas moçambicanas), gravidezes e maternidade precoce, e outras tarefas domésticas que lhes são confiadas muito precocemente (e.g. ir à machamba, confeccionar alimentos, lavar a roupa e cuidar dos irmãos mais novos). E esta situação, muitas vezes, culmina em gravidezes indesejadas, cujas medidas punitivas, geralmente têm recaído sobre a rapariga, que se vê obrigada a mudar para o curso nocturno ou abandonar a escola. Segundo a UNFPA (2015) a violência no caminho da escola e na própria escola e o assédio sexual, são a maior barreira à educação das raparigas.

De acordo com a Estratégia Nacional de Prevenção e Combate dos Casamentos Prematuros em Moçambique (2016-2019), publicado pelo Ministério da Mulher e Acção Social em 2016, os casamentos prematuros constituem uma das causas de desistência escolar por parte da rapariga e é um fenómeno que constitui uma violação dos direitos humanos. Moçambique é considerado o décimo país no mundo com prevalência mais elevada de casamentos prematuros. Por seu turno, o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) de 2011 mostra que 14% das mulheres entre os 20 e 24 anos de idade casaram antes dos 15 anos e 48%, antes dos 18 anos de idade.

Arnaldo, Frederico e Dade (2014: 92), consideram que o casamento precoce faz com que as adolescentes e jovens sejam mais pressionadas pela expectativa social e familiar de ficarem grávidas imediatamente a seguir ao casamento. E defendem que a educação formal retarda o casamento, aumenta a capacidade da mulher para influenciar as decisões sobre a sua vida, incluindo as preferências reprodutivas, expõe a mulher a novas ideias de outras partes do mundo, abre as portas para o emprego remunerado e melhoria da sua posição na comunidade e do seu poder de negociação na família.

A UNFPA (2015) e UNDP (2015) referem que nos países em desenvolvimento, a gravidez na adolescência é a principal causa de morte nas raparigas, que junto com o risco de violência, infecção por VIH, cancro do colo do útero, fístulas obstétricas e abandono escolar, são o maior obstáculo à participação de jovens na vida pública.

As nossas participantes relataram que na sua adolescência, quando a rapariga ficava grávida por não saber como evitar essa gravidez, porque nessa altura não tinha conhecimento sobre os métodos contraceptivos, ela era obrigada a levar a gravidez até ao fim, ou seja, deixava a criança nascer, passando a assumir precocemente a maternidade. A UNFPA (2013) evidencia que Moçambique juntamente com o Bangladesh, Chade, Guiné, Mali e Níger, constam na lista de países onde em cada 10 meninas, uma tem filhos antes de atingir os 15 anos de idade.

A gravidez e a maternidade precoces podem ter muitas complicações tais como: aborto, fístulas obstétricas, depressão pós-parto, e até mesmo morte materna, cuja taxa em Moçambique continua bastante alta (480/100.000/nascidos vivos) (IDS, 2011; UNFPA, 2014). Nos nossos resultados, apenas uma minoria de mulheres *mukheristas* relataram terem sido estimuladas pelos seus pares a optarem pelo aborto, muitas vezes recorrendo a substâncias nocivas à saúde e em condições não assistidas por profissionais de saúde treinados, apesar de a maioria ter a consciência da perigosidade dessas atitudes e práticas.

Nos países onde o aborto é penalizado, como era o caso de Moçambique até a revisão do novo Código penal (31/12/2014), as mulheres acabam recorrendo à interrupções das gravidezes de forma clandestina, frequentemente praticadas por pessoas que não são profissionais de saúde e fora dos estabelecimentos hospitalares e em condições não adequadas, com sérias complicações para a saúde e até mesmo pondo em risco as suas próprias vidas (UNFPA 2012; Código Penal).

O aborto inseguro como forma de controlar a natalidade tem sido um dos temas mais debatidos na saúde sexual e reprodutiva como desfecho de gravidezes indesejadas no seio das adolescentes e continua sendo apontado como um problema de saúde pública em Moçambique (IDS, 2011; UNFPA 2012). Estes organismos e agências mencionam

como fatores que são comuns em países com altos índices de fertilidade: a baixa taxa de utilização de contraceptivos modernos, as altas taxas de necessidades não atendidas, a contínua utilização de métodos tradicionais devido à baixa escolarização da rapariga, à pobreza, e às desigualdades de género e o atropelo aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres.

Por outro lado, o aborto inseguro é uma das mais importantes causas de morte materna, sendo uma das mais facilmente evitáveis. Mas continua a ser um dos mais negligenciados problemas dos direitos humanos e de saúde no Mundo (UNFPA, 2012).

A magnitude do problema no país não é exatamente conhecida, mas um estudo realizado no Hospital Central de Maputo (HCM) (Machungo 2004), demonstrou que 80% das mulheres que tinham praticado o aborto inseguro não tinham conhecimento das possibilidades de acesso a um aborto seguro, e que 8 a 11% das mortes maternas ocorridas nesse período teriam sido por complicações de aborto inseguro. Os nossos resultados estarão em linha com esta tendência.

Outras pesquisas disponíveis sugerem que a alta taxa de aborto induzido entre populações migrantes e de alta mobilidade na China, é atribuída a poucos conhecimentos das mulheres acerca dos métodos de contraceção e crenças de que o aborto é um método de evitar uma gravidez (Feng et al. 2005).

A pobreza relatada pelas nossas participantes como uma das motivações para a prática do *mukhero*, que atinge igualmente outras mulheres moçambicanas, é reconhecida como um determinante socioeconómico que afeta negativamente a saúde e o bem-estar dos indivíduos. No país a pobreza multidimensional situa-se em 70.2% e 60.7% de pessoas vivem com menos de 1,25 dólares por dia (UNDP, 2015).

Em Moçambique, a pobreza tem cada vez mais o rosto feminino, porque a maioria das mulheres ainda enfrenta fortes desvantagens nas esferas económica, legal, cultural e social, que aumentam a sua vulnerabilidade para as ISTs/VIH/SIDA e outros problemas da saúde (UNFPA, 2007). Craveiro e Ferrinho (2010) encontraram resultados semelhantes num estudo realizado em Portugal, que evidenciam a pouca frequência das mulheres pobres às consultas pré-natais e pós-parto, com eventuais implicações no seu

estado de saúde, enfatizando a importância de haver uma adequação das políticas de saúde no sentido de assegurar que as populações mais vulneráveis consigam utilizar de forma apropriada os cuidados de saúde reprodutiva.

A UNICEF (2014) adianta que é menos provável que meninas pobres se matriculem e permaneçam na escola do que os seus pares mais ricos, comprometendo assim a construção de um futuro melhor. E o World Bank Report (2015) sublinha que é esta condição de pobreza que faz com que muitas mulheres, na luta pela sua sobrevivência, enveredem por comportamentos de risco, que se enquadram com os relatos das nossas participantes.

O desemprego foi mencionado como uma motivação para a prática do *mukhero*. Neste sentido, também Arnaldo (2013) argumenta que o crescimento natural da população economicamente ativa em Moçambique, que não foi acompanhado de políticas públicas de criação de emprego ou promoção do empreendedorismo, levou ao aumento do desemprego associado aos seguintes fatores agravantes: i) o programa de reestruturação económica, onde várias fábricas de processamento da amêndoa de caju e outras encerraram ii) a guerra civil que durou 16 anos; iii) a rápida urbanização por pessoas que migraram do campo para a cidade; iv) fracas qualificações da mulher para o emprego) preferência pela mão-de-obra masculina. E nestas circunstâncias fizeram com que muitas destas mulheres fossem empurradas para o comércio informal no país.

E, segundo o Relatório do Módulo da Força de Trabalho que consta no Inquérito ao Orçamento Familiar (IOF 2014/15-INE, 2016), a taxa de desemprego da população de 15 e mais anos em Moçambique é de 20.7%, sendo 19.5% para os homens e 21.8%, para as mulheres. A OIT (2009) refere que, dos 70% da população em idade ativa, apenas 15% possui emprego formal, os restantes 85% exercem atividade por conta própria, no setor informal, e dificilmente conseguem com o rendimento desse trabalho, satisfazer as suas necessidades básicas.

Entretanto, esta última afirmação é divergente com os nossos resultados, quando verificámos no perfil sociodemográfico das nossas participantes, que é do rendimento

do *mukhero* que estas mulheres sobrevivem, e até mesmo se reproduzem socioeconomicamente, ou seja, parece que este negócio está a mudar as condições de vida destas mulheres empreendedoras.

Entre as experiências relatadas por estas *mukheristas* incluem-se os maus-tratos, agressões, extorsões e corrupção, violência e assédio sexual por parte dos polícias, agentes alfandegários e camionistas, que podem ter impacto negativo em todas as esferas das suas vidas. Esta situação é agravada pelas experiências que implicam atividades sexuais assentes em relações de poder desiguais entre homens e mulheres, e até mesmo, entre autoridade-cidadã, agravando o risco e vulnerabilidade às ISTs/VIH/SIDA e gravidezes indesejadas.

Moçambique aprovou em 22 de Julho de 2009 a Lei sobre a Violência Doméstica praticada contra a Mulher (Lei nº9/2009). Apesar de ter assinado e ratificado instrumentos internacionais e regionais, dos progressos na legislação, de alguma produção científica nacional nesta área (UN Women, 2012; José et al. 2011; Osório & Cruz e Silva, 2016), da criação de gabinetes de atendimento à vítima da violência, e da obrigatoriedade da notificação e denúncia dos casos, ainda há muitos fatores que contribuem e explicam as dificuldades de denúncia por parte das mulheres e perpetuação do problema (Osório & Cruz e Silva, 2016).

Estas autoras, na sua publicação “*Entre a denúncia e o silêncio*” (Osório & Cruz e Silva, 2016) argumentam que a falta de denúncia tem a ver com a construção de identidades subalternas através da apropriação material e simbólica de uma estrutura de poder que constrange os valores e os comportamentos, por um lado, e um julgamento social que desvaloriza a violência quando cometida entre parceiros, por outro, continuando a ser entraves não só para a visibilidade deste crime, como para o seu sancionamento.

A violência contra a mulher e rapariga é um obstáculo na conquista da igualdade de género e constitui também um desafio para as mulheres, tanto ao nível domiciliar/familiar, assim como nos espaços públicos, tais como: nas ruas/estradas, nos transportes, nos locais de trabalho nas fontes de água e distribuição de comida, nos

locais de venda e consumo de bebidas alcoólicas (ONU Mulheres 2016, UNFPA, 2015), e no caso do nosso estudo, a que ocorre nos chamados “*espaços de vulnerabilidade*” durante o processo do *mukhero*.

Para a consecução dos seus negócios, minimizando riscos e maximizando os lucros, em detrimento dos possíveis danos à saúde, no nosso estudo foram relatadas várias estratégias, tais como: a fuga ao fisco, a corrupção através do suborno à polícia e agentes das alfândegas, contorno às instituições do Estado, a subdeclaração de mercadorias, a ajuda mútua e solidariedade, e a prestação de favores sexuais. Estes resultados vão de encontro aos divulgados por Chivangue (2012), apesar de estas mulheres reconhecerem que algumas destas estratégias que mobilizam são ilegais.

Para a redução da morbimortalidade geral, e materno - infantil, em particular, deve-se centrar em atividades de *Informação Educação e Comunicação* (IEC) para a saúde, num esforço de disseminar informações pelos diversos estratos da população. Neste sentido, o Ministério da Saúde de Moçambique, tem promovido campanhas de “Da semana da mãe e da criança”, através da rádio, TV e palestras nas unidades sanitárias e nos bairros.

Sabendo-se que a informação contribui decisivamente para a percepção dos indivíduos sobre a saúde e a doença, sobre os comportamentos de promoção, preventivos e curativos, e na identificação das necessidades, transformando-as em demandas, ela tende a funcionar como um instrumento útil para a minimização dos efeitos negativos de práticas e comportamentos de risco (Medronho, 2009).

O fraco acesso à informação sobre a semana de saúde da mulher e da criança reportado no nosso estudo vai no mesmo sentido da literatura internacional (UNFPA, 2014) que chama a atenção para o facto de, principalmente as mulheres adolescentes e jovens ainda não receberem informações necessárias que influenciem positivamente as suas atitudes e comportamentos sexuais e reprodutivos.

Os nossos dados também são consonantes com outros estudos regionais. Por exemplo, a IOM (2010b) divulgou que os trabalhadores agrícolas sul-africanos e migrantes

moçambicanos nas províncias de Limpopo e Mpumalanga, que fazem fronteira com Moçambique, mostraram um fraco acesso à informação, baixo conhecimento, má percepção sobre o VIH/SIDA, alta prevalência de comportamentos de risco, uso inconsistente do preservativo e maior vulnerabilidade da mulher nesse ambiente laboral.

Relativamente às lacunas no conhecimento sobre a transmissão e prevenção das ISTs, verificadas entre estas mulheres, são resultados alinhados com os de Rocha, Dias e Gama (2010), que embora num contexto europeu, constataram a mesma situação nas participantes africanas, que alegaram que a sua vulnerabilidade às ISTs estava associada ao comportamento sexual adotado pelos seus parceiros, e dificuldade de adotarem comportamentos preventivos no contexto de uma relação conjugal, principalmente as que tinham relações estáveis.

No nosso estudo, a maior preocupação manifestada relativamente à saúde sexual e reprodutiva tem a ver com o cancro do colo do útero, para além dos problemas de *stress*, hipertensão arterial, ansiedade e depressão. Isto poderá dever-se ao facto de diariamente serem veiculadas informações assustadoras à semelhança do que aconteceu com o VIH/SIDA.

Carrilho et al. (2014) mostraram que esta patologia atinge o seu pico máximo entre os 45 a 49 anos. Adicionalmente, as estatísticas nacionais, embora ainda incipientes, revelam que esta doença representa 21.3% de casos de cancro na mulher e este é o cancro mais frequente na mulher em Moçambique. E mundialmente é a terceira neoplasia maligna mais frequente na mulher, com 530 mil novos casos e 275 mil mortes, e mais de 85% dos casos e óbitos registados nos países em desenvolvimento. Assim, a preocupação das participantes no nosso estudo com esta doença está de alguma forma contextualizada.

É de notar que o cancro da mama não foi considerado como um problema de saúde sexual e reprodutiva pelas participantes neste estudo, apesar de ser a segunda causa de tumores na mulher em Moçambique. Podemos argumentar que a falta da percepção do problema tem a ver com o significado que se dá a este órgão no contexto da saúde

sexual e reprodutiva nas culturas africanas. Porque em algumas regiões do nosso país, muitas raparigas adolescentes, antes de atingirem a menarca, vivem o seu quotidiano com os seios ao descoberto, na medida em que este órgão não é representado como fazendo parte da saúde sexual e reprodutiva.

Quanto à percepção individual e coletiva de vulnerabilidade às ISTs e VIH/SIDA, os nossos dados são consonantes com os de Silva (2002); Agadjanian et al (2011); INSIDA (2009); IDS (2003); IDS (2011), que evidenciaram um elevado nível de conhecimento sobre o VIH/SIDA. No geral, as mulheres estudadas reconhecem que correm riscos e vêem a sua vulnerabilidade acrescida em relação às ISTs/VIH/SIDA durante o processo de alta mobilidade. Individualmente, algumas *mukheristas*, principalmente as mais velhas e casadas, não se revêem nessa possibilidade de contrair as ISTs/VIH, quando relacionam maior risco e vulnerabilidade às outras *mukheristas* mais novas. Elas vêem a infeção pelo VIH/SIDA como algo distante, confirmando a ideia da “*doença do outro*”, do “*impossível ou pouco possível acontecer comigo*”. Individualmente, elas negam o risco, por acreditar que o VIH/SIDA ameaça as outras pessoas e excluem-se do perigo. Constata-se portanto, um baixo nível de percepção individual, quando algumas afirmam que a infeção pelo VIH é um assunto de indivíduos que não se cuidam, de pessoas que apresentam atitudes e comportamentos desviantes, ou seja, daqueles que não têm relações estáveis.

Vários autores (Silveira et al., 2002; Agadjanian et al., 2011; Arnaldo e Cau 2011; Silva 2002) demonstraram que a maioria das mulheres inquiridas nos seus estudos consideravam impossível ou quase impossível adquirir ISTs/VIH/SIDA e os comportamentos de risco mais evidentes foram o não uso do preservativo na última relação sexual.

Estes dados não divergem muito daquilo que o INSIDA (2009), IMASIDA (2015) e PEN III (2014) divulgaram, que mostram que em Moçambique a maior parte da população já ouviu falar de VIH/SIDA. Mas as atitudes e comportamentos por muitos adotados contrariam os discursos proferidos, mesmo naqueles que têm boas condições educacionais e económicas.

Analisando sob o ponto de vista da procura e utilização dos métodos contraceptivos modernos, o conhecimento dos vários tipos, dos seus efeitos colaterais, da sua utilidade e disponibilidade nos seus contextos sócio culturais (poder de decisão sobre o seu uso, mitos e crenças) são de extrema importância para o sucesso deste meio de controlo da natalidade, que ainda se mantém em níveis bastante elevados em países de baixa renda, como é o caso de Moçambique (UNDP, 2015).

A taxa de prevalência de uso dos métodos contraceptivos ainda é muito baixa em Moçambique. Apesar das melhorias que se têm verificado ao longo dos últimos anos, ela aumentou de 5.3% em 1997 para 11.7% em 2011 e 34% em 2015. Por outro lado, ainda persistem muitas disparidades por área de residência, província e demais características sociodemográficas no que diz respeito ao uso destas tecnologias, sendo 21% na zona urbana e 7% na zona rural (IDS, 2011; UNFPA 2012; MISAU, 2015).

Discutindo acerca de como estas mulheres têm conhecimento sobre os métodos contraceptivos, tendo em conta que a maioria das nossas participantes os desconheciam antes da primeira gravidez, Craveiro (2010) no seu estudo sobre *“Mulheres em idade fértil e pobreza”*, em Portugal, evidenciou que a maioria das mulheres estudadas assumiram que foi através de amigos, dos media e/ou de vizinhos que obteve as primeiras informações sobre os métodos contraceptivos, revelando a inexistência de influência familiar, especialmente das mães, na transmissão desses conhecimentos, em todos os grupos socioeconómicos estudados. Ela acrescenta que, muitas dessas mulheres descreveram uma preparação inadequada para o sexo e contraceção na primeira gravidez.

As lacunas no conhecimento demonstradas por estas *mukheristas* em relação aos métodos contraceptivos, faz com que algumas destas mulheres recorram à automedicação desregulada, à métodos tradicionais e mostrem certas atitudes desfavoráveis à sua utilização, por um lado, devido à natureza do seu trabalho, por outro, enquadrando-se no panorama geral do país, caracterizado por baixas taxas de uso de métodos contraceptivos, que variam de 21% nas zonas urbanas, contra 7%, nas zonas rurais, com uma cobertura de planeamento familiar de 34% em 2015 (IDS 2003; MISAU, 2015). O uso inconsistente de contraceptivos também foi encontrado em resultados de um estudo de

(Marlow, Shellenberg & Yegon (2014), realizado em Uganda em mulheres trabalhadoras de sexo.

Estes resultados são igualmente consonantes com os de Rocha et al, (2010) e Dias (2009), quando identificaram algumas lacunas no conhecimento das mulheres imigrantes africanas em Portugal, e uma série de crenças associadas à ineficácia dos métodos contraceptivos e à percepção de que os mesmos eram prejudiciais à sua saúde.

De facto, Cau e Arnaldo (2014), investigadores moçambicanos, consubstanciam os nossos resultados evidenciando os determinantes culturais e de género na contraceção, quando destacam que muitos membros da comunidade onde realizaram o seu estudo, estavam apreensivos em relação ao uso de métodos contraceptivos, porque acreditavam que esses métodos poderiam fazer mal às mulheres, ou porque as impediria de ter filhos no futuro. E encontraram igualmente, que os membros da comunidade, acreditavam que os métodos modernos de contraceção podem causar infertilidade, particularmente os métodos de longa duração.

Também Chilundo e Jacinto (2014) destacaram que a não-aceitação do parceiro para o uso de contraceptivos foi a barreira mais mencionada por todas as entrevistadas nas três províncias de Moçambique estudadas, mostrando que essas mulheres não têm poder nem autonomia para tomar decisões sobre o planeamento familiar e a contraceção, na medida em que os maridos é que autorizam suas esposas a procurarem os serviços de SSR.

Outros estudos realizados (UNFPA, 2012: 17; IDS, 2011; Mosha et al. 2013; Chikovore, 2004; Mekonnen e Worku (2011); Agadjanian (2011) concordam enfatizando que as questões culturais e as desigualdades de género têm tido fortes influências na procura e utilização dos métodos de contraceção modernos nos países de baixa renda, como é o caso de Moçambique.

Mosha et al (2013) corrobora com os seus resultados sobre *“Decisões, percepções e dinâmicas de género entre casais na região de Mwanza, em Tanzânia”* concluindo que a decisão sobre o uso de métodos contraceptivos nos países em desenvolvimento ainda é grandemente dominada pela cultura e pelos valores masculinos, onde os esposos são os que decidem em relação ao uso ou não dos métodos contraceptivos. A autora defende que

o empoderamento da mulher como resultado da elevação do estatuto socioeconómico e laboral, nível educacional, organização familiar e seu envolvimento na tomada de decisões, é um importante fator para o declínio das taxas de fertilidade nos países em desenvolvimento.

Em relação a falta de poder de decisão para o uso de métodos contraceptivos modernos referida por algumas destas mulheres, principalmente em relação aos seus parceiros, e às vezes por algum membro da família, foi contrariada por outro grupo que mostrou ter coragem para contornar o problema, referindo que são práticas com tendência a reduzir nas zonas urbanas.

Analisando a oferta dos métodos de contraceção modernos, Chilundo & Jacinto (2014) realçaram a questão da disponibilidade dos contraceptivos no SNS, como sendo um dos grandes constrangimentos em relação às necessidades não atendidas das mulheres estudadas em três províncias do centro e norte do país, onde vários fatores como a falta de eficiência na gestão de *stock* e as atitudes dos profissionais na explicação sobre os vários domínios, devem ser observados.

Apesar de a maioria das *mukheristas* ter a perceção de risco e vulnerabilidade em relação às ISTs e gravidezes indesejadas, um número considerável das nossas participantes não se considera nessa situação. E estas atitudes se traduzem no uso inconsistente do preservativo e na não adesão ao seu uso, apesar de altos níveis de entendimento sobre a importância deste recurso na prevenção das ISTs e gravidezes.

Estes resultados não fogem muito daquilo que é o panorama geral do país. O INSIDA (2009) mostrou que em Moçambique a taxa de utilização do preservativo era bastante baixa, apesar da sua disponibilidade e ampla divulgação, apenas 8% das mulheres e 16% dos homens, dos 15-49 anos, que teriam tido relações sexuais nos 12 meses anteriores ao inquérito, tinham usado o preservativo na última relação sexual.

Para além destas evidências, têm sido documentadas tendências de fraco e/ou não utilização do preservativo, devido a questões de discordância entre casais, barreiras culturais e religiosas, as desigualdades de género (falta de poder de decisão da mulher em relação ao homem), para além do fraco conhecimento e pouca divulgação e acesso,

fundamentalmente, em relação ao preservativo feminino (PEN III - HIV/SIDA, 2010-2014). As razões para a fraca adesão, segundo os relatos da população estudada, prendem-se com a confiança/habituação ao parceiro, com as vontades dos mesmos em usar ou não o preservativo, com o sexo coersivo e violação sexual.

Os nossos resultados sobre o uso do preservativo são consonantes com um estudo da IOM (2012) sobre riscos e vulnerabilidades de Trabalhadoras de Sexo no Corredor de Nacala, Moçambique, que identificou as seguintes razões para a fraca adesão e uso inconsistente do preservativo: desfrutar o prazer sexual, familiarização com o cliente, vontade de ter filhos, pagamentos elevados pelos serviços prestados e crenças religiosas. Bukenya et al. (2012), encontraram resultados similares num estudo realizado em trabalhadoras de sexo no Uganda.

A falta de poder de decisão que se nota nestas mulheres *mukheristas* em relação ao uso do preservativo, manifestada pela transferência de responsabilidades para os parceiros, num contexto de parceiros sexuais múltiplos e concomitantes e vivências de violência e assédio sexual durante o processo da alta mobilidade, os “*espaços de vulnerabilidade*” assumem capital importância na transmissão e prevenção de doenças. Estes resultados estão em linha com o estudo de Raimundo e Raimundo (2014) sobre o “*Querer*” e o “*Não querer*” *Proteger-se da infeção pelo VIH em esposas jovens de migrantes na província de Gaza, sul de Moçambique*. Os autores argumentam que alguns indivíduos, apesar de conhecerem as formas de transmissão e prevenção pelo VIH continuam, deliberadamente ou não, a exporem-se ao risco de infeção devido às grandes desigualdades de género. Nesse estudo, as mulheres raramente sugerem aos esposos, recém-chegados das minas sul-africanas ou outro lugar onde habitualmente trabalham por longos períodos, a realização do teste de VIH antes do reencontro sexual, esvaziando assim o poder de negociação sobre o uso do preservativo, por temerem sofrer violência física, suspeita de infidelidade e até mesmo, perderem todos os seus direitos, tendo em conta que estas são altamente dependentes dos maridos.

Muitos estudos (IOM, 2012; Silva e Costa Vargens, 2009; Cruz e Silva et al, 2005; Osório & Cruz e Silva, 2008; Dias et al. 2009; Silveira et al.2002) acrescentam mitos e preconceitos em relação ao preservativo, discursos e justificações para o não uso, tais

como: i) interferência no prazer sexual; ii) temor de que o preservativo rompa durante o ato sexual, iii) medo de prurido e queimaduras; e iv) em alguns contextos dizer-se que, *“preferem comer a banana sem casca”*; *“queremos nhama com nhama”* ou seja, *“carne com carne”*; *“preservativo tem bichinhos”*; *“o preservativo serve para as crianças fazerem a bola de futebol”*; *“o preservativo é fomentador da promiscuidade feminina”*.

Osório & Cruz e Silva (2008) encontraram três tendências na província da Zambézia, tanto nos discursos dos rapazes, assim como no das raparigas em relação ao uso do preservativo: a primeira, expressada pela maioria, foi caracterizada pelo *“conhecer e não usar”*; a segunda, representada por um pequeno grupo, que *“usa em todas as circunstâncias”*, e a terceira, composta também por um pequeno grupo que afirma *“utilizar o preservativo ocasionalmente”*, à semelhança aos discursos da maioria das nossas participantes.

Relativamente à procura/utilização, acesso/oferta de cuidados de saúde, é indispensável o seu enquadramento nas diversas esferas dos determinantes de saúde individuais, sociais e estruturais. A perceção do indivíduo sobre a saúde/doença, as necessidades sentidas; os conhecimentos e posse de informação sobre os serviços disponíveis, os meios de prevenção, promoção e tratamento; as condições socioeconómicas e questões culturais e de género; a localização geográfica, o bom funcionamento e a qualidade dos serviços de saúde, são fatores que têm sido apontados como influenciarem a atitude do indivíduo ou comunidades para a procura dos serviços de saúde.

No nosso estudo registam-se, por um lado, a grande preferência pelos serviços de saúde privados e de urgência evidenciando os padrões de pouca procura de cuidados e utilização dos serviços de saúde públicos. Por outro lado, a automedicação com recurso a compra de medicamentos nas farmácias foi mencionada como prática comum para a solução de problemas de saúde. Este tipo de resultados também foi encontrado em outros estudos anteriormente divulgados, embora em contextos diferentes (Dias et al., 2009; Backstrom, 2006).

As longas distâncias mencionadas por algumas das nossas participantes e percorridas pela maioria da população para alcançar uma unidade sanitária mais próxima em Moçambique, têm influenciado negativamente para a melhoria dos indicadores de saúde no geral, e de saúde sexual e reprodutiva, em particular.

Estes dados corroboram com os dados da OMS - Região Africana (2005), que mostram que melhorias importantes não se têm registado para a redução das desigualdades existentes nos serviços de saúde e que cerca 56% da população viaja quase uma hora para chegar à unidade de saúde mais próxima e, 72% da população rural necessita de mais de uma hora a pé para chegar a uma unidade sanitária, contra 14% da população urbana. E dados oficiais do INE (2010) e do MISAU, (2006), estimam que 27% e 50% da população moçambicana leva mais de uma hora a pé para chegar a uma unidade sanitária mais próxima, respetivamente.

Estes dados vão igualmente de encontro com os de Chilundo e Jacinto (2014), inseridos no seu estudo sobre os determinantes da procura e da oferta que influenciam as “*Três Demoras*” para partos institucionais e contraceção, que mostraram que mesmo com o aumento de casas de espera da mulher grávida (locais onde as mulheres grávidas podem permanecer até dar à luz), as utentes e seus acompanhantes viajam longas distâncias para obterem os cuidados básicos de saúde, que se agravam durante a época chuvosa devido às vias de acesso precárias, num contexto de escassez de meios de transporte.

Os resultados de Yao et al (2012) vão no mesmo sentido, num estudo realizado em mulheres numa zona rural de Moçambique, que mostraram que a distância média percorrida para alcançar uma unidade de cuidados de saúde primários nesta população, foi de 5.50 Km, e a mesma aumentava para 22.98 Km para alcançar um serviço de testagem do VIH.

Segundo as participantes no nosso estudo, o horário de funcionamento das unidades sanitárias é inadequado tendo em conta a natureza do seu trabalho. O tempo muito limitado para procurar os serviços públicos de saúde sexual e reprodutiva nas horas normais de funcionamento, faz com que estas procurem menos estes serviços, constituindo assim como uma barreira à utilização deste tipo de cuidados de saúde.

Pesquisas qualitativas anteriores (Dias et al., 2009) realizadas em contexto europeu e na China (Webber et al., 2012), também destacaram este tipo de constrangimento.

O longo tempo de espera nos serviços de urgências, na marcação de consultas de especialidade e realização de exames de diagnóstico, nas maternidades, que oscilam entre 6 a 10 horas, dependendo da sua localização, rural ou urbano, apontado por estas mulheres, são corroborados por Dias et al. (2009; 2010), Webber et al (2012); Chilundo e Jacinto (2014), em Portugal, na China e em Moçambique, respetivamente.

As cobranças ilícitas também figuraram como um dos problemas que as mulheres *mukheristas* mencionaram com frequência, na medida em que estas práticas têm acontecido também ao nível das fronteiras por onde atravessam com as mercadorias, levando a um sentimento de que estas práticas são generalizadas no funcionamento das instituições do estado.

A escassez de recursos humanos e muitas vezes pouco qualificados para prestar cuidados de saúde à população, manifestada pelas participantes, que desencoraja as mulheres na procura dos SSR, enquadra-se no panorama geral das dificuldades que o país enfrenta. Em Moçambique, estima-se que, 2.4 médicos estão para 100.000 habitantes, contrariando aquilo que é estipulado pela OMS, que 20 médicos e 100 enfermeiros devem estar para 100.000 habitantes (BAD, 2010: 52).

Djedge et al. (2015) no seu estudo sobre a taxa de perdas de recém-graduados nas instituições de formação em saúde e suas razões no momento da colocação no SNS, referem que o país está muito aquém dos padrões da OMS, devido às más condições salariais e de trabalho e falhas no sistema de registo dos recém-graduados a todos os níveis. Também afirmam que a deficiência da rede sanitária já existente, a falta absoluta de recursos humanos para prestar cuidados de saúde à população, as dificuldades de retenção, podem estar relacionadas com as várias assimetrias regionais constituídas pelo rácio habitantes/pessoal de saúde.

As atitudes negativas de alguns profissionais de saúde, caracterizadas por, negligência, falta de profissionalismo, privacidade e confidencialidade, desrespeito e abuso foram

encontrados no nosso estudo como fatores desmotivadores para a procura e utilização, em especial, dos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Dias et al (2004) e Rocha et al (2010), em Portugal, e Chilundo e Jacinto (2014), em Moçambique, encontraram resultados que apontam para o mesmo sentido. Os últimos autores referiram a preferência das mulheres pela parteira tradicional para a assistência ao seu parto, por temerem ser submetidas à cesarianas.

Webber et al. (2012) corroborando com estes resultados, no seu estudo com mulheres promotoras de cerveja que migram de forma circular para as grandes cidades no Camboja, Laos, Tailândia e Vietnam, revelaram que as mulheres preferem recorrer aos amigos, farmácias (automedicação) e familiares para resolverem os seus problemas de saúde sexual e reprodutiva por falta de confidencialidade, medo e estigma que sofrem de alguns profissionais de saúde.

6. ESTUDO QUANTITATIVO

O estudo quantitativo faz parte da segunda fase da combinação da abordagem metodológica mista adotada neste trabalho. Com base nos resultados dos grupos focais, por um lado, foi possível captar experiências vividas, comportamentos, atitudes, emoções e sentimentos das mulheres *mukheristas* em relação a saúde sexual e reprodutiva e procura e utilização dos serviços de SSR no contexto da alta mobilidade transfronteiriça. Por outro, foi desenvolvido o instrumento de recolha de dados para o estudo quantitativo.

Segundo Oliveira (2008: 61), “ *este tipo de abordagem, significa quantificar dados obtidos por meio de informações colhidas através de questionários, entrevistas, observações, assim como o emprego de técnicas estatísticas desde as mais simples como percentagem, média, mediana, moda e desvio padrão, até as de uso mais complexo como coeficiente de correlação, análise de regressão* “(cit in Silvio Oliveira, 1997: 115).

Ainda segundo a mesma autora, citando (Baptista, 2003: 32) “*os dados obtidos por esta abordagem são estanques, isolados, lineares e sem nenhuma interacção entre o facto pesquisado e o pesquisador. Ou seja, há uma neutralidade no processo de investigação, a realidade é exterior ao indivíduo e a apreensão dos fenómenos é feita de forma fragmentada*”.

6.1. Objetivos do estudo quantitativo

Esta fase do estudo teve como objetivo principal analisar os determinantes de vulnerabilidade para as ISTs/VIH/SIDA e para gravidez indesejada, e os fatores de acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva em mulheres de alta mobilidade praticantes de comércio informal transfronteiriço residentes na cidade e província de Maputo. Os objetivos específicos foram:

- Descrever o perfil socioeconómico e demográfico das mulheres *mukheristas*;

- Identificar conhecimentos, atitudes e comportamentos em relação às ISTs incluindo o VIH e métodos contraceptivos;
- Identificar os fatores associados à procura, acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva por parte destas mulheres.

6.2. Amostragem e amostra

Foi usada a amostragem *aleatória sistemática* (Pereira, 2008) para as mulheres de alta mobilidade, com base nos registos da base de dados da Associação *Mukhero*.

Segundo Medronho (2009: 407), este tipo de amostragem, “*é geralmente usado quando a população está naturalmente ordenada, como, por exemplo: listas telefónicas, arquivos clínicos, peças num processo contínuo de produção, etc*”. No nosso caso, os dados estavam organizados numa lista de membros inseridos num ficheiro informático de forma organizada.

Este mesmo autor diz que este tipo de amostragem é preferido, em relação à amostragem aleatória simples, por ser de mais fácil execução, menos sujeita a erros, fornecer informação um tanto mais precisa e com um custo menor. Mas o autor chama a atenção para o facto de esta opção só ser válida nos casos em que não existe periodicidade ou ciclos nos elementos da população, porque caso contrário, pode se criar viés de seleção.

E para, o cálculo da amostra, foram considerados os seguintes elementos:

- O número de mulheres de alta mobilidade pertencentes à associação;
- Resultados de estudos divulgados internacionalmente e a opinião dos especialistas em relação à provável prevalência de procura dos serviços de saúde por parte destas mulheres;
- Informação dos elementos-chave da associação sobre as dificuldades em encontrar efetivamente estas mulheres;
- Raciocínio epidemiológico - social;

- Provável taxa de recusa; e
- Disponibilidade financeira.

Igualmente, para o cálculo da amostra “n”, por meio do SPSS 23.0, considerou-se o seguinte:

- p de 30% = proporção estimada de procura dos serviços de saúde
- q de 70% = proporção de mulheres que não procura os serviços de saúde
- Grau de precisão desejada de **5%**;
- Intervalo de confiança de **95%**.

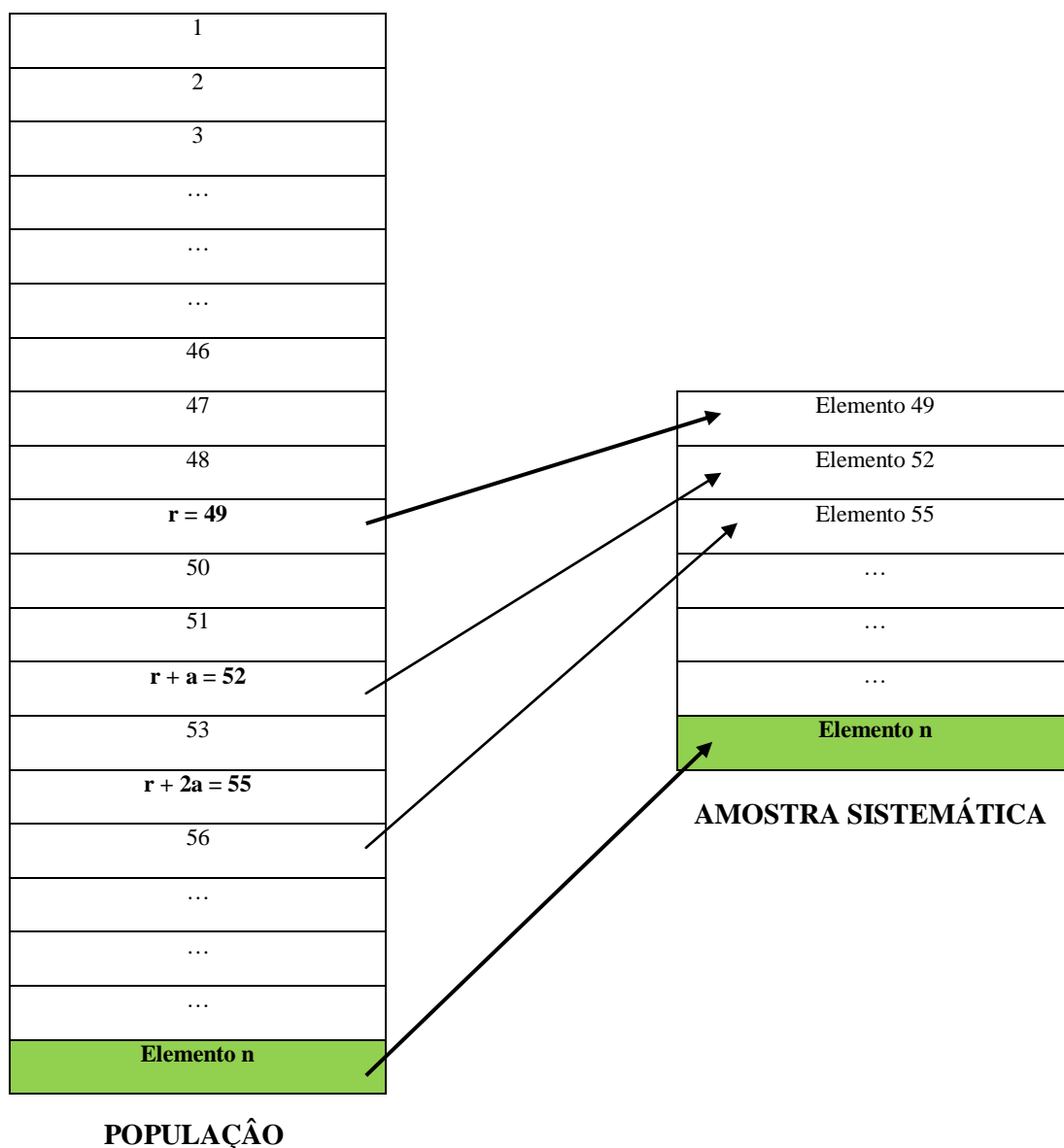
Esperávamos ter no final, 300 inquéritos de cerca de 900 mulheres retiradas de um Universo de 1060 membros da associação *Mukhero*, composto por 15% de homens e 85% de mulheres.

E os procedimentos usados para a seleção da amostra aleatória sistemática, partindo do número que nos propusemos alcançar, de 300 participantes, foi necessário:

- Calcular o intervalo de selecção “a”:
 $a = 900/300 = 3$; onde:
 900 é o total de mulheres existentes na associação depois de subtraídos os 15% dos homens;
 300 é a amostra necessária; e,
- Definir aleatoriamente o ponto de partida na base de dados dos membros (tabela aleatória);
- Seleccionar os números de ordem da lista de membros com um intervalo de 3 em 3.

Assim, identificámos os elementos da lista que constituiu a amostra, conforme vem na figura 11.

Figura 11: Esquema da amostragem aleatória sistemática utilizada no estudo, 2015, Maputo.



Fonte: Adaptado do esquema de amostragem sistemática de Medronho (2009: 409).

Entretanto, das 300 mulheres definidas para a amostra, somente foi possível contactar 200 mulheres que participaram no estudo, correspondendo a 67% da amostra planificada.

Esta situação deveu-se à grande dificuldade encontrada no terreno, para o qual a equipa já tinha sido alertada pelos líderes da associação, que destacaram os seguintes problemas:

- Elevado grau de mobilidade desta população – este grupo desloca-se aos países vizinhos entre 2 a 6 vezes por mês;
- Longos períodos de ausência de Maputo - permanecem por várias horas, até dias nas fronteiras ou nos campos agrícolas nos países vizinhos;
- Potencial desconfiança relativamente aos investigadores - não acreditam muito nas equipas de investigação, na medida em que nunca há uma retro- informação dos resultados de muitos estudos efetuados por outros grupos que por ali passaram;
- Dificuldade em antecipar os potenciais benefícios em participar no estudo; e
- Sensibilidade do tema no contexto das mulheres africanas, em especial moçambicanas.

Este tipo de dificuldades no recrutamento da “População de difícil acesso ” (*Hard-to-survey populations*), tem sido documentado por muitos autores (Tourangeau et al., 2014), que tentam tranquilizar, argumentando que:

“Nesta era, de uma maneira geral, as taxas de resposta em pesquisas têm sofrido um declínio considerável, tornando cada vez mais difícil pesquisar estes grupos populacionais, constituindo um verdadeiro desafio para os pesquisadores” como foi o nosso caso.

Estes autores classificam as “populações de difícil acesso” da seguinte maneira: i) população difícil de fazer a amostragem; ii) população difícil de identificar; iii) difícil de encontrar ou contactar; iv) difícil de cooperar; v) difícil de entrevistar; e vi) ou populações que têm combinações destas dificuldades.

Definindo cada um destes grupos, estes autores Tourangeau et al. (2014) consideram:

- 1- *População de difícil amostragem, quando não há bons registos dos membros dessa população e quando os membros representam um número pequeno da população geral;*
- 2- *População difícil de identificar; quando os membros desse grupo alvo têm características que são sensíveis;*

- 3- *População difícil de localizar/aceder ou contactar, como é o caso das populações de alta mobilidade;*
- 4- *População de difícil persuasão, quando esta tem baixo nível de envolvimento na comunidade; e*
- 5- *População difícil de entrevistar, quando os investigadores devem primeiro ter o consentimento de terceiras partes para a colheita dos dados, ou quando as pessoas da amostra não têm requisitos cognitivos e habilidades linguísticas, ou não são saudáveis.*

As dificuldades encontradas na nossa pesquisa estiveram relacionadas com: 1) a amostragem, tendo sido necessário usar o segundo elemento do intervalo de seleção, quando o primeiro não respondesse ou não fosse localizado depois de três tentativas; 2) dificuldades em persuadir algumas destas mulheres para participarem no estudo, devido à sensibilidade do tema, e à alegada falta de benefícios, como foi anteriormente referido.

Mas os autores referem que é necessário usar algumas estratégias para minimizar estas dificuldades e evitar vieses, dependendo do objetivo da pesquisa, do nível de sub-representação da população geral, e do grau de diferenças dos membros deste subgrupo em relação aos membros de outro grupo facilmente pesquisado nas mesmas variáveis de interesse.

6.3.Variáveis

Variável dependente: “Ter procurado os serviços de saúde sexual e reprodutiva nos últimos 30 dias”.

Variáveis independentes: i) Sociodemográficas tais como: idade, nível educacional, estado marital, ocupação profissional, rendimentos, agregado familiar, número de filhos; ii) Processo da alta mobilidade (número de viagens para os países vizinhos, produtos que trazem ou levam para os países vizinhos, rendimento proveniente do *mukhero* e aplicação dos mesmos); iii) Conhecimentos sobre a transmissão e prevenção das ISTs, testagem e auto-perceção de risco; Conhecimentos, uso e decisão sobre os

métodos contraceptivos modernos; iv) Número de gravidezes, gravidezes indesejadas e atitudes tomadas para seu desfecho; v) Grau de satisfação com os serviços de saúde sexual e reprodutiva prestados no SNS.

6.4. Inquérito por questionário

Procedimento

As mulheres foram inquiridas na sede da Associação *Mukhero*, nos mercados onde elas vendem e revendem os produtos que importam, terminais de descarregamento de mercadorias, seus armazéns, em suas casas, nos encontros do *Xitique*, parques de estacionamento, sempre por meio de entrevista face-a-face por uma equipa que incluiu 4 estudantes finalistas do 4º ano do Curso de Saúde Pública do Instituto Superior de Ciências de Saúde-ISCISA, previamente capacitados, a doutoranda e os orientadores.

Depois da seleção de novos números atribuídos após reorganização de uma nova lista sem os números dos homens, foram feitos 2 contactos telefonicamente, um pela secretária da associação e dias antes, o outro, pela investigadora principal antes dos inquiridores se deslocarem ao campo.

Conscientes das dificuldades que iríamos ter no terreno, ficou definido que sempre que não fosse possível inquirirmos o primeiro número retirado aleatoriamente e de uma forma sistemática, insistia-se mais duas vezes, caso houvesse insucesso, passava-se para o número seguinte. Entretanto, caso o segundo número também não aceitasse colaborar, desistiu-se daqueles dois números, continuando com a série seguinte.

6.5. Instrumentos de recolha de dados

Um questionário estruturado (Apêndice 4) foi aplicado às mulheres de alta mobilidade, dividido em cinco grandes secções.

- Caracterização sociodemográfica;

- Atividade do *Mukhero* (motivações, início da atividade do mukhero, número de viagens para os países vizinhos, rendimentos provenientes do *Mukhero*, destino dado a esse rendimento e os benefícios de pertencer a Associação *Mukhero*);
- Consciência da problemática e conhecimentos, atitudes e práticas das ISTs/VIH/SIDA;
- Problemática das gravidezes indesejadas, conhecimentos, atitudes e práticas em relação a contraceptivos modernos;
- Fatores de procura, acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

6.6. Processamento e análise de dados

Os dados foram analisados utilizando-se a Estatística Descritiva ou **Univariada, a Análise Bivariada e a Regressão Logística.**

Estatística Descritiva

Segundo Martinez e Ferreira (2008: 49), a estatística descritiva é a primeira abordagem a um determinado conjunto de dados, e ela inicia com a exploração dos dados, fazendo a análise das frequências observadas, como um procedimento básico. Porque torna-se necessário caracterizar ou “retratar” a amostra ou população em estudo através de indicadores estatísticos apropriados, tais como:

- *Medidas de tendência central* (média aritmética, mediana e moda), que procuram caracterizar o valor da variável sob estudo que ocorre com mais frequência.
- *Medidas de dispersão* (variância, coeficiente de variação, intervalo de variação e amplitude interquartílica-AIQ, que é a dispersão das observações em torno das estatísticas de tendência central ou na amostra (Marôco, 2011:21-22).

Análise Bivariada e Multivariada de Regressão Logística

- *Medidas de associação*, que quantificam a intensidade e direcção da associação entre duas ou mais variáveis. As medidas de associação, também designadas por

coeficientes de correlação, podem ser *bivariadas* (se envolvem apenas duas variáveis) ou *multivariadas* (se envolvem mais de duas variáveis).

Existem vários coeficientes de correlação bivariados que são definidos em função da escala de medida das variáveis consideradas, sendo as que são de interesse para este estudo, os seguintes: *Coeficiente V de Cramer* e o *Coeficiente de correlação Phi*. (Marôco, 2011:21-22).

Para este estudo, foi feito o cruzamento entre a variável de interesse e as explicativas através do teste de *Qui-quadrado* (χ^2), para avaliar o nível de significância das diferenças observadas. E para a quantificação da associação entre a variável dependente e as variáveis independentes ou co-variáveis, também foi realizado o cruzamento, com os respectivos intervalos de confiança de 95%, considerando o valor de significância estatística $p < 0,05\%$, e para o cálculo do *Odds Ratio* (OR), foi utilizada a análise Multivariada de Regressão Logística.

Quando o OR apresentar **um valor igual a 1, é porque não existe associação entre a exposição e o efeito**, se o mesmo **afastar-se da unidade em ambas direções, há associação**. Se o valor estiver acima de (1) um, isto é, a probabilidade da procura de serviços entre mulheres expostas as variáveis de interesse do que entre as não expostas, for positiva, estaremos perante fatores potenciadores. Caso contrário, se o valor for negativo, consideraremos esses fatores como protetores. Quanto mais alto for o valor do *OR*, maior é a força da associação e maior a probabilidade de se tratar de uma relação causal (Medronho, 2009).

Segundo Marôco, (2011:804), a técnica de Regressão Logística é usada quando a variável dependente é do tipo nominal dicotômica para modelar a ocorrência em termos probabilísticos, de uma das duas realizações das classes da variável dependente. Tal é o caso do nosso estudo, em que a variável dependente é a “*procura dos serviços de saúde sexual e reprodutiva*” nos trinta dias anteriores ao inquérito. As variáveis independentes podem ser quantitativas ou qualitativas, e o modelo logístico permite avaliar também a significância de cada uma das variáveis independentes. E para testar essas associações

foram usados os respectivos intervalos de confiança de 95%, considerando o valor de significância estatística $p < 0,05\%$.

A Regressão logística tem sido frequentemente preferida pelos pesquisadores quando a variável dependente tem apenas dois grupos, por não apresentar muitos pressupostos estatísticos como: não dependência da normalidade, não constância das variâncias criando situações de heteroscedasticidade (Jekel, David, Elmore, 2005).

Todo esse retrato é apresentado mais adiante por meio de tabelas e figuras.

6.7. Estudo piloto

Foram seleccionadas 10 mulheres *mukheristas* que revendem as suas mercadorias no mercado do Fajardo no bairro da *Malanga*, na cidade de Maputo, após a formação dos inquiridores em outubro de 2014, para testar o nosso instrumento de pesquisa com vista a posterior aperfeiçoamento. Os ajustes consistiram na redução do tempo da entrevista de 40 minutos para 30 e a simplificação de algumas questões para a sua melhor compreensão por parte das participante, tendo em conta a falta de tempo que caracteriza este grupo de mulheres.

6.8. Supervisão e controle de qualidade

Com vista a assegurar a qualidade e validade dos dados recolhidos, o estudo prestou maior atenção aos aspetos de supervisão e prestação de assistência contínua aos seis inquiridores no terreno, através da presença constante da investigadora principal e dos orientadores nas sessões de confrontação e apreciação da coerência e sistematicidade dos dados recolhidos e solução de problemas contingenciais da pesquisa que iam emergindo no terreno.

6.9. Resultados

A apresentação dos resultados está organizada em cinco secções:

- 1) Caracterização sociodemográfica das participantes;
- 2) Atividade do *Mukhero* (motivações, início da atividade do *mukhero*, número de viagens para os países vizinhos, rendimentos provenientes do *Mukhero*, destino dado a esse rendimento e os benefícios de pertencer a Associação *Mukhero*)
- 3) Consciência da problemática e conhecimentos, atitudes e práticas das ISTs/VIH/SIDA;
- 4) Problemática das gravidezes indesejadas, conhecimentos, atitudes e práticas em relação a contraceptivos modernos;
- 5) Fatores de procura, acesso e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

6.9.1. Estatística descritiva

6.9.1.1. Características sociodemográficas

Do total dos 200 questionários válidos obtidos no final deste estudo, as características sóciodemográficas incluíram: idade; estado civil; habilitações literárias; tamanho do agregado familiar; número de filhos biológicos, atividade profissional para além do *Mukhero*, outra atividade que fazia antes de praticar o *Mukhero*; e o rendimento económico mensal proveniente do *Mukhero*, vêm descritas e ilustradas por tabelas e figuras a seguir.

Como podemos verificar na **Tabela 11**, a maioria das mulheres participantes no estudo tinha idades compreendidas entre 35 – 49 (63%), com uma mediana (IQQ) 37,0 (31,0-43,8) anos, e 59.5% delas são casadas ou vivem em união marital, enquanto 30.5% são solteiras.

No que concerne às habilitações literárias, é de salientar que todas as participantes sabem ler e escrever com base nos registos da associação. A maioria (57%) das

mulheres tem entre 6^a a 10^a classe e, 8,5% têm ou frequentavam o ensino superior, **Tabela 11**.

Relativamente ao tamanho do agregado familiar, em média é composto por $5,86 \pm 2,16$ pessoas e três filhos biológicos do total das 192 mulheres participantes do estudo que estiveram grávidas, ver **Tabela** que se segue.

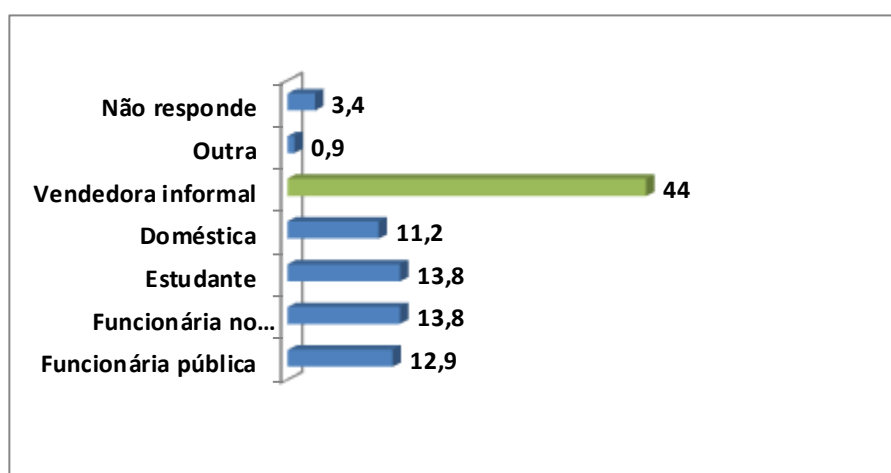
Tabela 11: Caracterização sociodemográfica da amostra segundo a faixa etária, estado civil e habilitações literárias. cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|---|------------|--------------|
| <i>Faixa etário</i> | | |
| 18 – 25 | 12 | 6,0 |
| 26 - 34 | 62 | 31,0 |
| 35 - 49 | 126 | 63,0 |
| Total | 200 | 100,0 |
| <i>Estado civil</i> | | |
| Solteira | 61 | 30,5 |
| Casada | 40 | 20,0 |
| União marital | 76 | 39,5 |
| Divorciada | 7 | 3,5 |
| Viúva | 13 | 6,5 |
| Ns/Nr | 3 | 1,5 |
| Total | 200 | 100,0 |
| <i>Habilitações literárias</i> | | |
| 1 ^a – 2 ^a classes | 5 | 2,5 |
| 3 ^a – 5 ^a classes | 31 | 15,5 |
| 6 ^a – 7 ^a classes | 61 | 30,5 |
| 8 – 10 ^a classes | 53 | 26,5 |
| 11 ^a – 12 ^a classes | 33 | 16,5 |
| Ensino superior | 17 | 8,5 |
| Total | 200 | 100,0 |
| <i>Alguma vez esteve grávida?</i> | | |
| Sim | 192 | 96,0 |
| Não | 8 | 4,0 |
| Total | 200 | 100,0 |
| <i>Número de filhos biológicos</i> | | |
| 1 -3 | 130 | 67,7 |
| 4 - 6 | 54 | 28,13 |
| >7 | 2 | 1,04 |
| Ns/Nr | 6 | 3,13 |
| Total | 192 | 100,0 |

6.9.1.2. Atividade do Mukhero

Antes da prática do *Mukhero*, verificámos que (44%) das nossas entrevistadas eram vendedoras informais ao nível da cidade e província de Maputo, conforme ilustra a **Figura 12**.

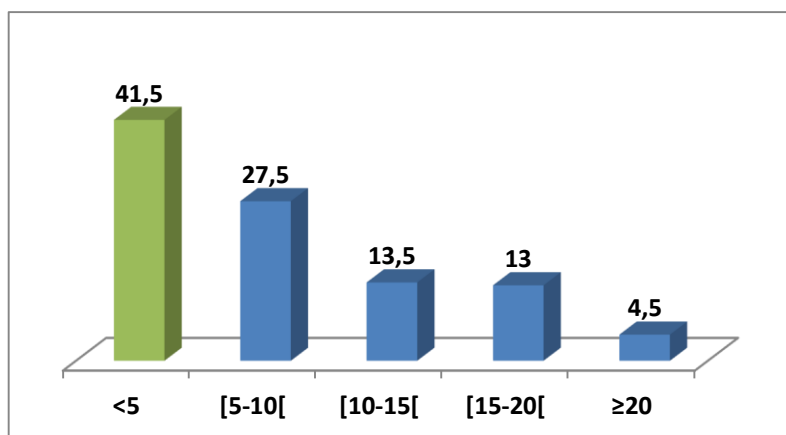
Figura 12: Atividades exercidas antes da prática do *Mukhero* (%). Cidade e província de Maputo, 2015.



No momento da entrevista, para além do *mukhero*, 20% destas mulheres também reportaram ter outras ocupações, tais como: estudante, funcionária pública, empregada doméstica, funcionária no setor privado.

Por outro lado, 41.5% das mulheres *mukheristas* participantes no estudo exerciam a atividade do *mukhero* há 5 anos ou menos, 27.5% entre 5-10 anos, conforme mostra a **Figura 13**.

Figura 13: Distribuição das mulheres quanto ao início da prática do *Mukhero*. Cidade e província de Maputo, 2015.



Os principais motivos evocados por estas participantes para a prática do *mukhero* em condições adversas que põem em risco a sua saúde, são: o desemprego (62%), aumento da renda familiar (55.5%), falta de escolarização (33%) e baixos salários dos parceiros (36%), conforme ilustra a **Tabela 12**.

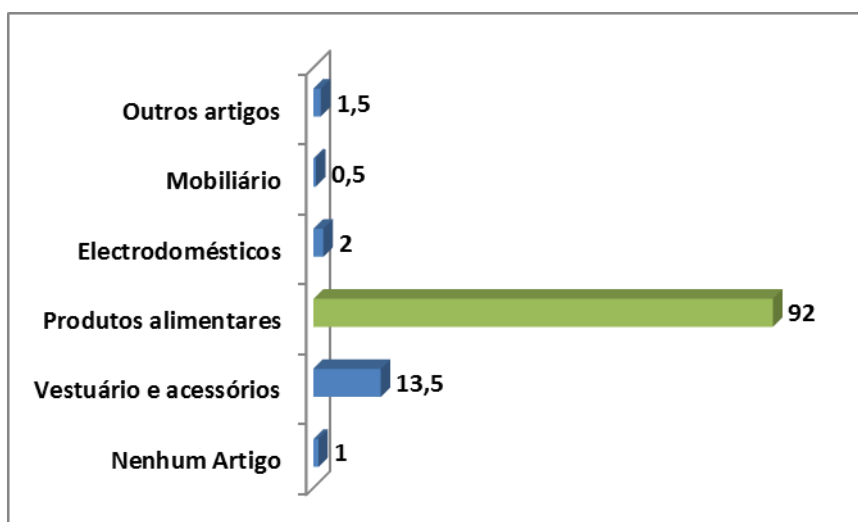
E o número médio de deslocações feitas por estas mulheres, para os países vizinhos, é de $6,34 \pm 2,68$ viagens mensais., ver **Tabela 12**.

Tabela 12: Distribuição dos motivos para a prática do Mukhero e o número de deslocações mensais para os países vizinhos. Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|---|-----|------|
| Motivos para prática do mukhero | | |
| <i>Falta de Escolarização</i> | 66 | 33,0 |
| <i>Desemprego</i> | 122 | 62,0 |
| <i>Baixo salário do parceiro/marido</i> | 72 | 36,0 |
| <i>Separação conjugal</i> | 16 | 8,0 |
| <i>Viuvez</i> | 16 | 8,1 |
| <i>Altas taxas fiscais</i> | 7 | 3,8 |
| <i>Aumento da renda familiar</i> | 111 | 55,5 |
| <i>Influência de familiares</i> | 41 | 20,5 |
| <i>Influência de amigas</i> | 45 | 22,5 |
| Número de deslocações mensais | | |
| <i>Até 5 viagens por mês</i> | 92 | 46 |
| <i>Superior a 5 viagens por mês</i> | 108 | 54 |

E a maior parte dos produtos (92%) adquiridos nos países vizinhos é constituída por produtos alimentares (**Figura 14**).

Figura 14: Tipos de produtos comprados nos países vizinhos. Cidade e província de Maputo, 2015.



Em contrapartida, somente 2% de mulheres levam produtos alimentares para vender nos países vizinhos.

E como resultado do rendimento económico proveniente da atividade do *mukhero*, conforme a **Tabela 13**, 61,5% das mulheres retiram do seu negócio o equivalente a até 2 salários mínimos para a sua sobrevivência. Nota que o salário mínimo nessa altura era de 4.851,84 Meticais (Diploma Ministerial 72/2015).

O rendimento proveniente do *Mukhero* é usado principalmente para a educação dos filhos (79%) e compra de alimentos e vestuário (73%), não menosprezando a poupança e aquisição de imóveis, 44.5% e 42%, respetivamente (**Tabela 13**).

E no concernente aos benefícios de pertencer a Associação *Mukhero*, 46% das participantes acha que não traz nenhum proveito, 38% e 31% dizem que serve para a troca de experiências e obtenção de informações gerais, respetivamente (**Tabela 13**).

Tabela 13: Distribuição das mulheres segundo o rendimento, seu uso e benefícios de pertencer a Associação *Mukhero*. Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|--|------------|--------------|
| <i>1. Rendimento mensal proveniente do Mukhero</i> | | |
| Eq. 1 salário mínimo | 48 | 24,0 |
| Eq. 2 salários mínimos | 75 | 37,5 |
| Eq. 4 salários mínimos | 48 | 24,0 |
| Eq. 6 ou mais salários mínimos | 29 | 14,5 |
| Total | 200 | 100,0 |
| <i>2. Uso do rendimento proveniente do Mukhero</i> | | |
| Poupança | 90 | 45,0 |
| Aluguer de casa | 42 | 21,0 |
| Pagamento dos estudos dos filhos | 158 | 79,0 |
| Compra de comida e estuário | 146 | 73,0 |
| Expansão do negócio | 54 | 27,0 |
| Compra de casa | 84 | 42,0 |
| Compra de carro | 50 | 25,0 |
| Outros | 9 | 4,5 |
| <i>3. Benefícios de pertencer a Associação Mukhero</i> | | |
| Nenhum | 92 | 46,0 |
| Obtenção de informação geral | 62 | 31,2 |
| Educação para a saúde | 14 | 7,0 |
| Troca de experiência entre os membros | 76 | 38,2 |
| Procedimentos administrativos | 49 | 24,7 |
| Outros | 2 | 1,0 |

6.9.1.3. Consciência da problemática e conhecimentos, atitudes e práticas das ISTs/VIH/SIDA

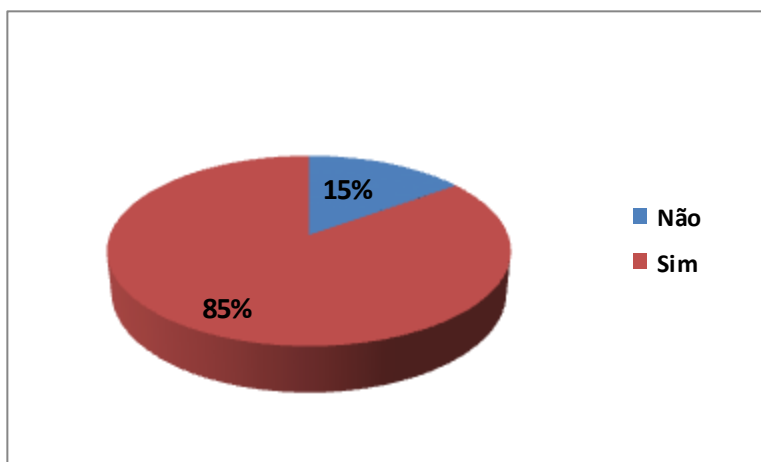
Analisando a **Tabela 14**, verifica-se que todas as participantes e 87% já ouviram falar do VIH/SIDA e gonorreia, respetivamente. Enquanto 54,5% e 41%, ouviu falar do HPV (vírus causador do cancro do colo do útero) e a Sífilis, respetivamente. Somente uma minoria já ouviu falar sobre a candidíase (19%) e tricomoniase (15%).

Tabela 14: Distribuição de mulheres que já ouviram falar das seguintes ISTs. Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|---|------------|--------------|
| <i>1. Já ouviu falar das seguintes ISTs?</i> | | |
| <i>VIH/SIDA</i> | | |
| Sim | 200 | 100 |
| Não | 0 | 0,0 |
| Nr | 0 | 0,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Gonorreia</i> | | |
| Sim | 174 | 87,4 |
| Não | 25 | 12,5 |
| Nr | 1 | 0,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Sífilis</i> | | |
| Sim | 82 | 41,0 |
| Não | 112 | 56,0 |
| Nr | 6 | 3,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Tricomóníase</i> | | |
| Sim | 30 | 15,0 |
| Não | 165 | 58,0 |
| Nr | 5 | 2,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Candidíase</i> | | |
| Sim | 38 | 19,0 |
| Não | 153 | 76,5 |
| NsNr | 9 | 4,5 |
| Total | 200 | 100,0 |
| <i>HPV</i> | | |
| Sim | 109 | 54,5 |
| Não | 84 | 42,0 |
| Nr | 7 | 3,5 |
| Total | 200 | 100 |

No que diz respeito à testagem para o VIH neste grupo de mulheres, uma larga maioria (85%) foi testada antes da realização deste inquérito (**Figura 15**).

Figura 15: Mulheres *mukheristas* que fizeram o teste do VIH antes do inquérito. Cidade e província de Maputo, 2015.



De acordo com a **Tabela 15**, observa-se um nível de conhecimento muito elevado, quando 94% das entrevistadas sabe que o VIH pode ser transmitido por via sexual, por ter relações sexuais sem protecção (96%), por uso de agulhas contaminadas (91.5%). Mas temos a ressaltar que apesar de a maioria (63%) afirmar que a picada de mosquito não é a forma comum de transmissão do VIH, ainda assim, 22% das participantes acham que é possível.

Tabela 15: Distribuição de mulheres quanto aos conhecimentos sobre a transmissão do VIH/SIDA. Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|--|------------|------------|
| <i>Como se pode contrair o VIH?</i> | | |
| <i>Via sexual</i> | | |
| Sim | 188 | 94,0 |
| Não | 7 | 3,5 |
| Ns | 5 | 2,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Relações sexuais sem protecção</i> | | |
| Sim | 192 | 96,0 |
| Não | 4 | 2,0 |
| Ns/Nr | 4 | 2,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Relações sexuais sem protecção com vários parceiros</i> | | |
| Sim | 175 | 87,5 |
| Não | 18 | 9,0 |
| Ns/Nr | 7 | 3,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Da mãe para o filho</i> | | |
| Sim | 158 | 79,0 |
| Não | 30 | 15 |
| Ns/Nr | 12 | 6 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Uso de agulhas contaminadas</i> | | |
| Sim | 183 | 91,5 |
| Não | 10 | 3,5 |
| Ns/Nr | 7 | 5,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Tatuagens e escarificações</i> | | |
| Sim | 180 | 90,0 |
| Não | 13 | 6,5 |
| Ns/Nr | 7 | 3,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Através da picada de mosquito</i> | | |
| Sim | 44 | 22,0 |
| Não | 126 | 63,0 |
| Ns/Nr | 30 | 15,0 |
| Total | 200 | 100 |

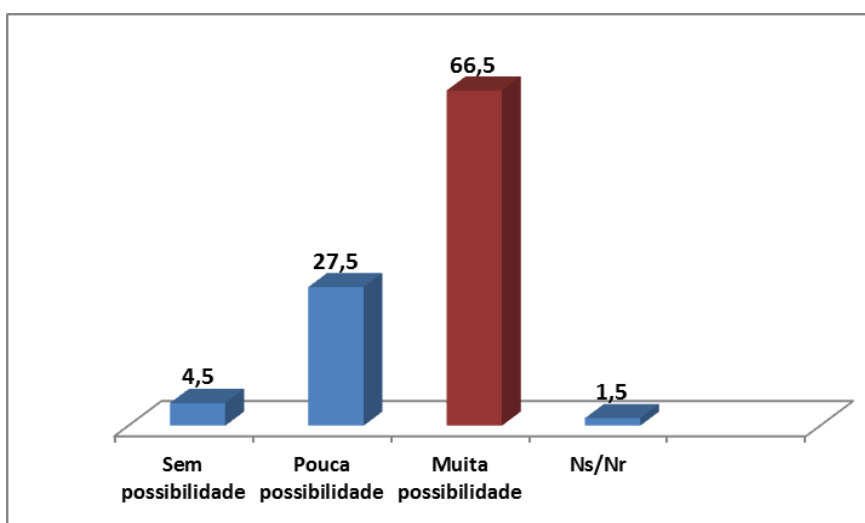
Quanto às formas de prevenção, igualmente, acima de 90% de mulheres *mukheristas* sabe que o preservativo previne a transmissão do VIH. No entanto, é de registar que 19% das participantes referiu que ter relações sexuais com raparigas e rapazes virgens era uma das formas de prevenção, ver **Tabela 16**.

Tabela 16: Distribuição de mulheres quanto aos conhecimentos sobre a prevenção de VIH. Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|---|------------|------------|
| <i>Como se pode prevenir o VIH?</i> | | |
| <i>Uso do preservativo</i> | | |
| Sim | 195 | 97,5 |
| Não | 2 | 1,0 |
| Nr/Ns | 3 | 1,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Redução do nº de parceiros sexuais</i> | | |
| Sim | 177 | 88,5 |
| Não | 18 | 9,0 |
| Ns/Nr | 5 | 2,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Ter um único parceiro sexual não infectado</i> | | |
| Sim | 181 | 90,5 |
| Não | 14 | 7,0 |
| Ns/Nr | 5 | 2,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Ter relações sexuais com vários parceiros</i> | | |
| Sim | 29 | 14,4 |
| Não | 166 | 70,0 |
| Ns/Nr | 5 | 2,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Ter relações sexuais com raparigas virgens</i> | | |
| Sim | 39 | 19,5 |
| Não | 140 | 70,0 |
| Ns/Nr | 21 | 10,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Ter relações sexuais com rapazes virgens</i> | | |
| Sim | 32 | 16,0 |
| Não | 138 | 69,0 |
| Ns/Nr | 30 | 15 |
| Total | 200 | 100 |

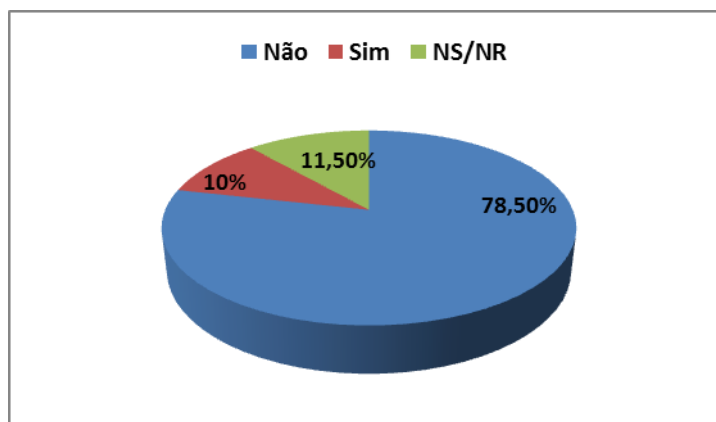
Como podemos observar na **Figura 16**, relativamente ao nível de auto-perceção sobre a possibilidade de contrair o VIH no seio das *mukheristas*, 66.5% das entrevistadas considera haver muita possibilidade, 27.5% pouca possibilidade e 4.5% sem possibilidade.

Figura 16: Possibilidades de contrair VIH no seio das mulheres *mukheristas*, Cidade e província de Maputo, 2015.



Quando perguntámos às nossas entrevistadas se já tinham ouvido falar da sífilis, além do VIH/SIDA, como uma infeção/doença transmitida sexualmente, como vimos na **Tabela 14** anteriormente apresentada nesta secção, somente 41% das nossas entrevistadas ouviram falar da sífilis. Apesar de ser uma das patologias que consta no cartão da consulta pré-natal, cujo rastreio em mulheres grávidas é obrigatório em Moçambique, somente 10% de mulheres responderam que foram testadas para a sífilis, contra 192 mulheres que tiveram filhos.

Figura 17: Percentagem de participantes que fez testagem para a sífilis, Cidade e província de Maputo, 2015.



É de salientar que a percentagem de mulheres *mukheristas* que sabe como se transmite a sífilis, não ultrapassa os 17%, como mostra a **Tabela 17**.

À semelhança daquilo que se passa com a transmissão, conforme mostra a **Tabela 17**, mais de 80% das nossas entrevistadas não sabem ou não responderam sobre como se pode prevenir a sífilis. Ou seja, verifica-se que há um grande desconhecimento em relação a esta entidade nosológica.

Tabela 17: Distribuição das formas de transmissão e prevenção da sífilis. Cidade e província de Maputo, 2005.

| Variável | n | % |
|--|------------|------------|
| 1. Como se pode contrair/ transmitir a sífilis? | | |
| <i>Via sexual</i> | | |
| Sim | 34 | 17,0 |
| Não | 4 | 2,0 |
| Ns/Nr | 162 | 81,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Relações sexuais sem proteção</i> | | |
| Sim | 34 | 17,0 |
| Não | 3 | 1,5 |
| Ns/Nr | 163 | 81,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Relações sexuais sem protecção com vários parceiros</i> | | |
| Sim | 29 | 14,5 |
| Não | 6 | 3,0 |
| Ns/Nr | 165 | 82,5 |
| Total | 200 | 100 |
| 2. Como se pode prevenir a sífilis? | | |
| <i>Uso do preservativo</i> | | |
| Sim | 36 | 18,0 |
| Não | - | - |
| Ns/Nr | 164 | 82,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Redução do nº de parceiros sexuais</i> | | |
| Sim | 36 | 18,0 |
| Não | - | - |
| Ns/Nr | 164 | 82,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Ter um único parceiro sexual não infectado</i> | | |
| Sim | 36 | 18,0 |
| Não | - | - |
| Ns/Nr | 164 | 82,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Relações sexuais com vários parceiros</i> | | |
| Sim | 5 | 2,5 |
| Não | 29 | 14,5 |
| Ns/Nr | 166 | 83,0 |
| Total | 200 | 100 |

Quando abordámos sobre “quem poderia estar em perigo de contrair a sífilis” no grupo de mulheres trabalhadoras de sexo, camionistas de longo curso, pessoas que viajam

muito, como é o caso das *mukheristas*, mais de 80% das participantes no estudo não responderam a questão. Ou seja, a percepção destas mulheres ao risco de contrair a sífilis é baixa, situando-se nos 16%, conforma mostra a **Tabela 18**.

Tabela 18: Percepção de perigo de contrair a sífilis em grupos de risco. Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|---|------------|------------|
| 1. Quem pode estar em perigo de contrair a sífilis? | | |
| <i>Trabalhadoras de sexo</i> | | |
| Sim | 32 | 16,0 |
| Não | 4 | 2,0 |
| Ns/Nr | 164 | 82,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Camionistas de longo curso</i> | | |
| Sim | 32 | 16,0 |
| Não | 2 | 1,0 |
| Ns/Nr | 166 | 83,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Pessoas que viajam muito (mukheristas)</i> | | |
| Sim | 31 | 15,5 |
| Não | 3 | 1,5 |
| Ns/Nr | 166 | 83,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Outras pessoas</i> | | |
| Sim | 1 | 0,5 |
| Não | 15 | 7,5 |
| Ns/Nr | 184 | 92,0 |
| Total | 200 | 100 |
| 2. Qual é a possibilidade dessas pessoas contrair a sífilis? | | |
| Pouca possibilidade | 8 | 4,0 |
| Muita possibilidade | 27 | 13,5 |
| Ns/Nr | 165 | 82,5 |
| Total | 200 | 100 |

À semelhança do que constatámos anteriormente com a sífilis, mais de noventa por cento das nossas entrevistadas não sabe como se transmite, nem como se previne a infeção pelo Vírus Papiloma Humano (*Human Papillomavirus* – HPV (**Tabela 19**).

Verifica-se que somente 10% das entrevistadas fizeram a testagem do HPV, como mostra a **Figura 18**.

Figura 18: Percentagem de participantes que fez testagem para a HPV, Cidade e província de Maputo, 2015.

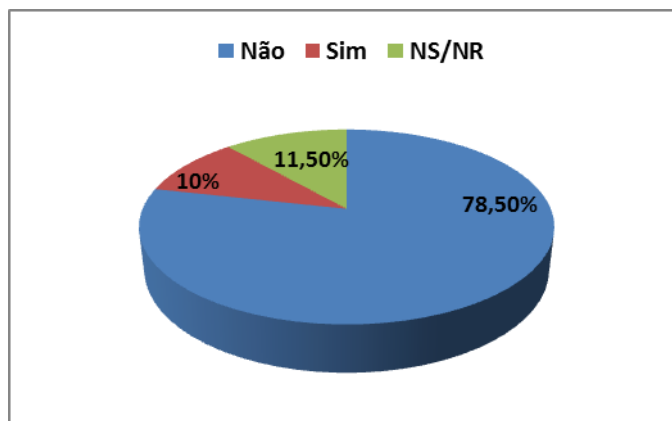


Tabela 19: Distribuição das formas de transmissão e prevenção do HPV. Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|--|------------|------------|
| 1. Como se pode transmitir o HPV? | | |
| <i>Via sexual</i> | | |
| Sim | 11 | 5,5 |
| Não | 3 | 1,5 |
| Ns/Nr | 186 | 93,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Relações sexuais sem protecção</i> | | |
| Sim | 11 | 5,5 |
| Não | 2 | 1,0 |
| Ns/Nr | 187 | 93,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Relações sexuais sem protecção com vários parceiros</i> | | |
| Sim | 10 | 5,0 |
| Não | 2 | 1,0 |
| Ns/Nr | 188 | 94,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Através da picada de mosquito</i> | | |
| Sim | 1 | 0,5 |
| Não | 11 | 5,5 |
| Ns/Nr | 188 | 94% |
| Total | 200 | 100 |
| 2. Como se pode prevenir o HPV? | | |
| <i>Uso do preservativo</i> | | |
| Sim | 17 | 8,5 |
| Não | 4 | 2,0 |
| Ns/Nr | 179 | 89,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Redução do nº de parceiros sexuais</i> | | |
| Sim | 16 | 8,0 |
| Não | 5 | 2,5 |
| Ns/Nr | 179 | 89,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Ter um único parceiro sexual não infectado</i> | | |
| Sim | 16 | 8,0 |
| Não | 4 | 2,0 |
| Ns/Nr | 179 | 89,5 |
| Total | 200 | 100 |

| Variável | n | % |
|--|------------|------------|
| <i>Relações sexuais com vários parceiros</i> | | |
| Sim | 1 | 0,5 |
| Não | 13 | 6,5 |
| Ns/Nr | 186 | 93,0 |
| Total | 200 | 100 |

Analisando mais uma vez, quem poderá estar em perigo de contrair HPV notámos haver uma baixa perceção de risco e vulnerabilidade no seio deste grupo, conforme ilustra a **Tabela 20**.

Tabela 20: Distribuição de frequência e percentual de mulheres que podem estar em perigo de contrair o HPV e a possibilidade em contrair o HPV. Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|---|------------|------------|
| 1.Quem pode estar em perigo de contrair o HPV? | | |
| <i>Trabalhadoras de sexo</i> | | |
| Sim | 13 | 6,6 |
| Não | 1 | 0,5 |
| Ns/Nr | 186 | 93 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Camionistas de longo curso</i> | | |
| Sim | 12 | 6,0 |
| Não | 3 | 1,5 |
| Ns/Nr | 185 | 92,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Pessoas que viajam muito (mukheristas)</i> | | |
| Sim | 10 | 5,0 |
| Não | 3 | 1,5 |
| Ns/Nr | 187 | 93,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Pessoas que tiveram atividade sexual precoce</i> | | |
| Sim | 11 | 5,5 |
| Não | 1 | 5,0 |
| Ns/Nr | 188 | 94,0 |
| Total | 200 | 100 |
| 2. Qual é a possibilidade dessas pessoas contrair o HPV em pessoas que viajam muito (mukheristas)? | | |
| Pouca possibilidade | 10 | 8,1 |
| Muita possibilidade | 7 | 5,6 |

| | | |
|--------------|------------|------------|
| Ns/Nr | 183 | 86,3 |
| Total | 200 | 100 |

Relativamente ao número de parceiros sexuais por mulher nos trinta dias que antecederam o inquérito, a **Tabela 21**, mostra que a maioria (78%) das nossas entrevistadas tinha um parceiro sexual. Entretanto, é interessante notar que 11% delas tiveram dois parceiros ou mais. Verifica-se também que 15% destas mulheres tiveram relações sexuais ocasionais, ou seja, com pelo menos 2 ou mais pessoas diferentes do parceiro regular. E das 30 mulheres que tiveram relações extraconjugais, 53.3% usaram o preservativo.

Analizando a pergunta “se alguma vez elas tiveram relações sexuais em troca de dinheiro, bens ou serviços”, somente 7.5% responderam que sim. Destas, 99.5% foi em troca de serviços (facilitação de passagem de mercadorias ao nível das fronteiras, carregamento de carga, boleia dos camionistas de longo curso), **Tabela 21**.

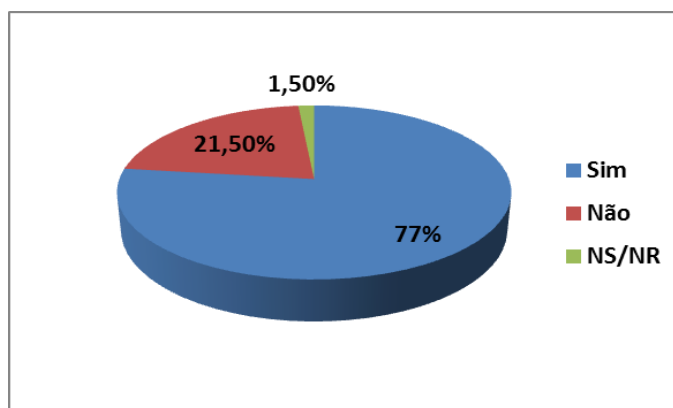
Tabela 21: Distribuição de mulheres por número de parceiros sexuais, relações sexuais ocasionais, uso do preservativo, relações sexuais em troca de dinheiro, bens e serviços. Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|--|------------|------------|
| 1. Quantos parceiros sexuais teve nos últimos 12 meses? | | |
| 0 | 2 | 1,0 |
| 1 | 156 | 78,0 |
| Mais que 2 | 22 | 11,0 |
| Ns/Nr | 20 | 10,0 |
| Total | 200 | 100 |
| 2. Teve relações sexuais ocasionais nos últimos 12 meses? | | |
| Sim | 30 | 15,0 |
| Não | 168 | 84,0 |
| Ns/Nr | 2 | 1,0 |
| Total | 200 | 100 |
| 3. Usou sempre o preservativo? | | |
| Sim | 16 | 53,3 |
| Não | 9 | 30,0 |
| Ns/Nr | 5 | 16,7 |
| Total | 30 | 100 |
| 4. Alguma vez teve relações sexuais em troca de dinheiro/bens/serviços? | | |
| Sim | 15 | 7,5 |
| Não | 184 | 92,0 |
| Ns/Nr | 1 | 0,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Dinheiro</i> | | |
| Sim | 1 | 6,7 |
| Não | 14 | 93,3 |
| Total | 15 | 100 |
| <i>Bens</i> | | |
| Sim | 2 | 1,0 |
| Não | 13 | 6,5 |
| Ns/Nr | - | - |
| Total | 15 | 100 |
| <i>Serviços</i> | | |
| Sim | 14 | 99,5 |
| Não | 1 | 0,5 |
| Ns/Nr | - | - |
| Total | 15 | 100 |

9.9.1.4. Problemática de gravidezes indesejadas e conhecimentos, atitudes e práticas em relação a contraceptivos modernos

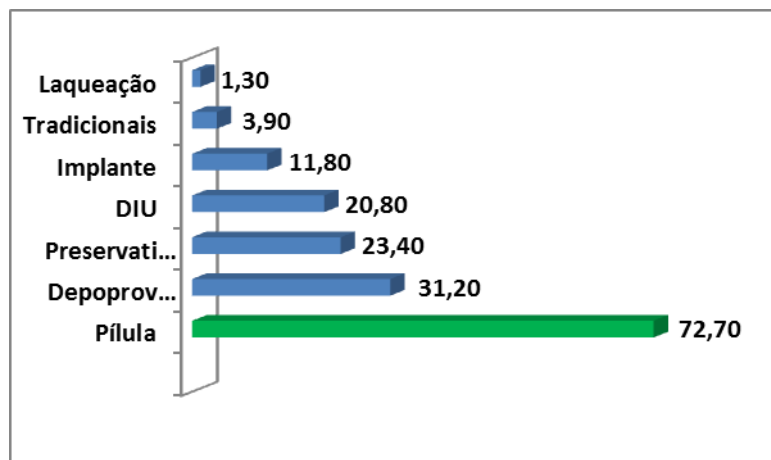
As frequências apresentadas na **Figura 19** mostram que a maioria (77%) das nossas entrevistadas usa um ou mais métodos de contraceção para fazer o Planeamento Familiar (PF).

Figura 19: Distribuição de mulheres que usam algum método de contraceção para fazer planeamento familiar. Cidade e província de Maputo, 2015.



Das 154 participantes do estudo que usam qualquer método de contraceção, a esmagadora maioria (96.1%) usa métodos modernos. No entanto, 72.7% prefere usar a pílula, seguida de Depo-Provera (injeção) (31.2%). É interessante notar que o preservativo (23.4%) é mais usado em relação ao DIU (20.8%), registando-se o uso do método tradicional (calendário, coito interrompido, Método de Amenorreia Lactacional – MAL e abstinência sexual), que corresponde 3.9%.

Figura 20: Métodos de contraceção usados pelas mulheres entrevistadas. Cidade e província de Maputo, 2015.



Segundo a **Tabela 22**, as entrevistadas reconhecem a importância do uso dos métodos de contraceção modernos, quando 69.5% justificam que recorrem a estas tecnologias, por não desejarem ter mais filhos e para fazerem espaçamento das gravidezes.

Quando questionadas sobre as facilidades/dificuldades relacionadas com a utilização e obtenção dos contraceptivos modernos (**Tabela 22**), 83% garantiram que sempre os têm conseguido obter nas unidades sanitárias do SNS. Entretanto, 17% das participantes referiram que suas necessidades para a contraceção não têm sido satisfeitas nas instituições públicas, apontando como principais causas: a rotura de *stock* (46.2%), a falta de outras opções (19.2%), e devido aos efeitos secundário (11.5%) entre outras causas.

Por outro lado, 89.5% das nossas entrevistadas responderam que estão satisfeitas com os contraceptivos escolhidos, e que são elas próprias (56.3%), ou em conjunto com seus parceiros (52.2%), quem decide sobre o recurso a estes métodos modernos de contraceção, negligenciando assim, a intervenção de outros membros da família.

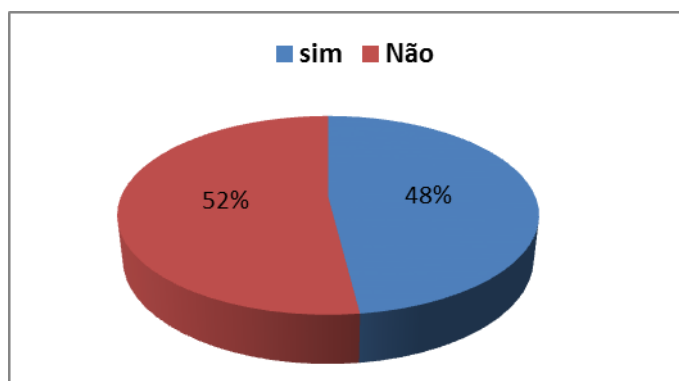
Tabela 22: Motivo para o uso dos contraceptivos modernos, facilidades e dificuldades na obtenção no SNS. Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|---|------------|------------|
| <i>1. Motivos para o uso de contraceptivos</i> | | |
| <i>Não querer ter mais filhos</i> | | |
| Sim | 107 | 69,5 |
| Não | 47 | 30,5 |
| Ns/Nr | 0 | 0,0 |
| Total | 154 | 100 |
| <i>Espaçamento das gravidezes</i> | | |
| Sim | 107 | 69,5 |
| Não | 47 | 30,5 |
| Ns/Nr | 0 | 0,0 |
| Total | 154 | 100 |
| <i>Bem-estar da mulher</i> | | |
| Sim | 37 | 24,0 |
| Não | 117 | 76,0 |
| Ns/Nr | 0 | 0,0 |
| Total | 154 | 100 |
| <i>Doença impeditiva</i> | | |
| Sim | 5 | 3,2 |
| Não | 149 | 96,2 |
| Ns/Nr | 0 | 0,0 |
| Total | 154 | 100 |
| <i>Outros</i> | | |
| Sim | 2 | 1,3 |
| Não | 152 | 98,7 |
| Ns/Nr | 0 | 0,0 |
| Total | 154 | 100 |
| <i>2. Sempre conseguiu obtê-los no SNS?</i> | | |
| Sim | 127 | 83,0 |
| Não | 26 | 17,0 |
| Ns/Nr | 1 | 0,5 |
| Total | 154 | 100 |
| <i>3. Causas da insatisfação</i> | | |
| <i>Rotura de stock</i> | | |
| Sim | 12 | 46,2 |
| Não | 14 | 53,8 |
| Ns/Nr | 0 | 0,0 |
| Total | 26 | 100 |
| <i>Falta de outras opções</i> | | |
| Sim | 5 | 19,2 |
| Não | 21 | 80,8 |

| Variável | n | % |
|--|------------|------------|
| Ns/Nr | | |
| Total | 26 | 100 |
| <i>Efeitos secundários</i> | | |
| Sim | 3 | 11,5 |
| Não | 23 | 88,5 |
| Ns/Nr | - | - |
| Total | 26 | 100 |
| 4.Satisfação com os contraceptivos escolhidos | | |
| Sim | 137 | 89,5 |
| Não | 16 | 10,5 |
| Ns/Nr | 1 | 0,5 |
| Total | 154 | 100 |
| 5.Decisão sobre o uso dos contraceptivos | | |
| <i>Própria</i> | | |
| Sim | 89 | 56,3 |
| Não | 65 | 43,7 |
| Total | 154 | 100 |
| <i>Em conjunto com o marido</i> | | |
| Sim | 82 | 52,2 |
| Não | 72 | 47,8 |
| Ns/Nr | | |
| Total | 154 | 100 |
| <i>Em conjunto com familiares</i> | | |
| Sim | 7 | 4,5 |
| Não | 147 | 95,5 |
| Ns/Nr | | |
| Total | 154 | 100 |

Conforme descrito anteriormente, verificámos que quase todas (96%) as mulheres já estiveram grávidas, com uma média de quatro gestações cada, e mínimo e máximo de 1 e 13 vezes, respetivamente. Das 192 *mukheristas* que estiveram grávidas pelo menos uma vez, conforme mostra a **Figura 21**, um número considerável 48% teve gravidezes indesejadas ao longo das suas vidas reprodutivas, sendo 90.5%, entre 1 a 2 vezes.

Figura 21: Distribuição das mulheres que tiveram gravidezes indesejadas. Cidade e província de Maputo, 2015.



E quando foram inquiridas sobre qual foi o desfecho dessas gravidezes indesejadas, 61,9% procuraram o SNS para abortar, 32,6% deixaram as gravidezes até ao fim, e 14,1% procuraram serviços de saúde privados para abortar, conforme vem apresentado na **Tabela 23**.

Tabela 23: Distribuição das mulheres quanto ao desfecho das gravidezes indesejadas, Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|--|-----------|------------|
| <i>Procurou o SNS para abortar</i> | | |
| Sim | 57 | 61,9 |
| Não | 35 | 38,1 |
| Ns/Nr | - | 0,00 |
| Total | 92 | 100 |
| <i>Procurou U.S privada para abortar</i> | | |
| Sim | 13 | 14,1 |
| Não | 78 | 84,8 |
| Ns/Nr | 1 | 1,1 |
| Total | 92 | 100 |
| <i>Procurou medicinas alternativas</i> | | |
| Sim | 2 | 2,2 |
| Não | 89 | 96,7 |
| Ns/Nr | 1 | 1,1 |
| Total | 92 | 100 |
| <i>Procurou conselhos de amigos</i> | | |
| Sim | 13 | 14,1 |
| Não | 79 | 85,9 |
| Ns/Nr | - | 0,00 |

| | | |
|---|-----------|------------|
| Total | 92 | 100 |
| <i>Procurou conselhos de familiares</i> | | |
| Sim | 8 | 8,7 |
| Não | 84 | 91,3 |
| Ns/Nr | - | 0,00 |
| Total | 92 | 100 |
| <i>Usou instrumento perfuro-cortantes</i> | | |
| Sim | 1 | 1,1 |
| Não | 91 | 98,9 |
| Ns/Nr | - | 0,0 |
| Total | 92 | 100 |
| <i>Deixou a gravidez até ao fim</i> | | |
| Sim | 30 | 32,6 |
| Não | 62 | 67,4 |
| Ns/Nr | - | 0,00 |
| Total | 92 | 100 |

Os resultados da **Tabela 24** mostram que, nos trinta dias anteriores a este inquérito, das participantes que tiveram sinais e sintomas de ISTs, 19% manifestou dor no baixo-ventre, 17% corrimento vaginal, 9% prurido genital (comichão), 3% úlcera/ferida/tumoração genital, e 18% tiveram necessidade de fazer o planeamento familiar nas unidades de saúde do SNS.

Tabela 24: Sintomas, sinais de ISTs e necessidade de fazer planeamento familiar, Maputo cidade e Província de Maputo, 2015.

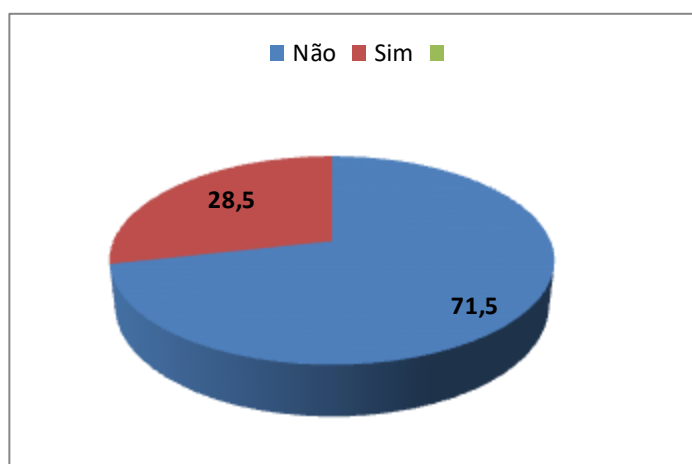
| Variável | n | % |
|-----------------------------------|------------|------------|
| <i>Corrimento vaginal</i> | | |
| Sim | 34 | 17,0 |
| Não | 165 | 82,5 |
| Ns/Nr | 1 | 0,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Dor no baixo-ventre</i> | | |
| Sim | 38 | 19,0 |
| Não | 161 | 80,5 |
| Ns/Nr | 1 | 0,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Prurido genital (comichão)</i> | | |
| Sim | 18 | 9,0 |
| Não | 179 | 89 |

| | | |
|--|------------|------------|
| Ns/Nr | 3 | 1,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Úlcera/ferida/tumoração genital</i> | | |
| Sim | 6 | 3,0 |
| Não | 192 | 96,0 |
| Ns/Nr | 2 | 1,0 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Necessidade de fazer Planeamento familiar</i> | | |
| Sim | 36 | 18 |
| Não | 158 | 79,0 |
| Nr/Nr | 6 | 3,0 |
| Total | 200 | 100 |

Uma melhor compreensão dos determinantes de procura, acesso e utilização dos serviços de saúde na população móvel e migrante, é de grande importância para o desenvolvimento de políticas e estratégias de saúde mais adequados para os grupos populacionais específicos.

De acordo com a **Figura 22**, 28.5% (n=57) destas mulheres de alta mobilidade procuraram os serviços de saúde sexual e reprodutiva nos trinta dias anteriores ao inquérito. Deste total, 96,5% recorreu aos serviços de saúde em Moçambique e, 3.5% na RSA.

Figura 22: Distribuição de mulheres que procuraram os serviços de saúde sexual e reprodutiva no SNS nos 30 dias anteriores ao inquérito, Cidade e província de Maputo, 2015.



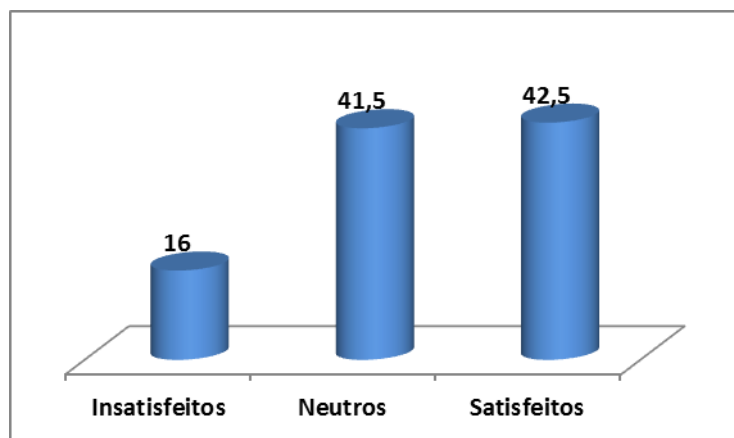
Para as participantes que procuraram os serviços de SSR, a decisão partiu geralmente da própria mulher, em detrimento do parceiro, da sogra e/ou tia, conforme mostra a **Tabela 25**.

Tabela 25: Distribuição sobre decisão na procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva, Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|------------------------|------------|------------|
| <i>Marido/parceiro</i> | | |
| Sim | 4 | 7,0 |
| Não | 53 | 93,0 |
| Ns/Nr | - | - |
| Total | 57 | 100 |
| <i>Sogra</i> | | |
| Sim | 1 | 1,8 |
| Não | 56 | 98,2 |
| Ns/Nr | - | - |
| Total | 57 | 100 |
| <i>Tia</i> | | |
| Sim | 0 | 0,0 |
| Não | 57 | 28,5 |
| Ns/Nr | - | - |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Própria</i> | | |
| Sim | 52 | 91,2 |
| Não | 5 | 8,8 |
| Ns/Nr | - | - |
| Total | 57 | 100 |

Relativamente ao nível de satisfação ou insatisfação exprimido por estas utentes em relação aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde sexual e reprodutiva do SNS, e agrupando todos os indivíduos que se mostraram satisfeitos, podemos dizer que 42.5% das participantes avaliam positivamente os serviços prestados no setor público, 41.5% preferiram não se manifestar e somente 16% é que mostraram a sua insatisfação em relação aos serviços oferecidos, conforme a **Figura 23**.

Figura 23: Distribuição das mulheres em relação ao grau de satisfação ou insatisfação com os serviços de saúde sexual e reprodutiva do SNS, Cidade e província de Maputo, 2015.



Para as participantes que manifestaram sua insatisfação em relação aos serviços oferecidos, apontaram como causas, as seguintes: longo tempo de espera (62%), inadequação do horário (37.5%), cobranças ilícitas (35%), maus-tratos por parte dos profissionais de saúde (25%), longas distâncias que separam as unidades sanitárias das suas casas (20%), entre outras causas, conforme ilustra a **Tabela 26**.

Tabela 26: Distribuição dos motivos de insatisfação em relação aos serviços de saúde sexual e reprodutiva do SNS, Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | n | % |
|--|------------|------------|
| <i>Distância</i> | | |
| Sim | 40 | 20,0 |
| Não | 159 | 79,5 |
| Ns/Nr | 1 | 0,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Custos</i> | | |
| Sim | 25 | 12,5 |
| Não | 175 | 87,5 |
| Ns/NR | - | - |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Longo tempo de espera</i> | | |
| Sim | 124 | 62,0 |
| Não | 76 | 38,0 |
| Ns/Nr | - | - |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Inadequação do horário</i> | | |
| Sim | 75 | 37,5 |
| Não | 125 | 62,5 |
| Ns/Nr | - | - |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Cobranças ilícitas</i> | | |
| Sim | 67 | 33,5 |
| Não | 133 | 66,5 |
| Ns/Nr | - | - |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Maus-tratos</i> | | |
| Sim | 50 | 25,0 |
| Não | 149 | 74,5 |
| Ns/Nr | 1 | 0,5 |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Atitudes incorrectas dos profissionais de saúde</i> | | |
| Sim | 42 | 21,0 |
| Não | 158 | 79,0 |
| Ns/Nr | - | - |
| Total | 200 | 100 |
| <i>Pressão familiar</i> | | |
| Sim | 3 | 1,5 |
| Não | 197 | 98,5 |
| Ns/Nr | - | - |
| Total | 200 | 100 |

| Variável | n | % |
|---------------------------|------------|------------|
| <i>Crenças religiosas</i> | | |
| Sim | 2 | 1,0 |
| Não | 197 | 98,5 |
| Ns/Nr | 1 | 0,5 |
| Total | 200 | 100 |

6.9.2. Análise estatística bivariada

Nesta secção iremos apresentar os resultados da estatística bivariada. Embora tenha sido efetuada a análise para todas as variáveis em estudo, apenas apresentaremos os dados relativos àquelas cuja estatística é significativa.

A proporção de mulheres que procurou os serviços de saúde sexual e reprodutiva nos últimos 30 dias é de 28.5%, conforme vem na **Figura 23**, anteriormente apresentada.

Analizadas no conjunto as condições socioeconómicas, não há associação estatisticamente significativa entre a variável dependente “procura dos serviços de saúde sexual e reprodutiva” nos últimos trinta dias anteriores ao inquérito.

Na **Tabela 27** verificamos que a co-variável “ter ouvido falar do causador do cancro do colo do útero (42.1% vs 59,4%, $p=0,015$) associa-se significativamente com a variável dependente “procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva” nos últimos trinta dias anteriores ao inquérito.

E a co-variável “corrimento vaginal” (42.1% vs 6.7%, $p<0,001$) associa-se significativamente com a variável dependente “procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva” nos últimos trinta dias anteriores ao inquérito.

Igualmente, a variável preditora “dor no baixo-ventre”, associa-se significativamente com a variável dependente (38.5% vs 11.2%, $p<0,001$), conforme vem na **Tabela 27**.

Tabela 27: Análise bivariada dos fatores de procura dos serviços de saúde sexual e reprodutiva do SNS nos últimos 30 dias. Cidade e província de Maputo, 2015.

| | Procura | Não procura | Total | <i>p- value</i> |
|--|-----------|-------------|------------|-----------------|
| Variável | n (%) | n (%) | n (%) | |
| | 57 (28,5) | 143 (65%) | 200 (100) | |
| <i>Ouvir falar das seguintes ISTs?</i> | | | | |
| <u>HPV</u> | | | | |
| Sim | 24 (42,1) | 85 (59,4) | 109 (54,5) | 0,015 |
| Não | 32 (56,1) | 52 (3,4) | 84 (42,0) | |
| Ns/Nr | 1 (1,8) | 6 (4,2) | 7 (3,5) | |
| Total | 57 (100) | 143 (100) | 200 (100) | |
| <i>Nos últimos 30 dias teve:</i> | | | | |
| <u>Corrimento vaginal</u> | | | | |
| Sim | 24 (42,1) | 10 (6,7) | 34 (17,0) | <0,001 |
| Não | 32 (56,1) | 131 (91,9) | 163 (81,5) | |
| Ns/Nr | 1 (1,8) | 2 (1,4) | 3 (1,5) | |
| Total | 57 (100) | 143 (100) | 200 (100) | |
| <u>Dor no baixo -ventre</u> | | | | |
| Sim | 22 (38,5) | 16 (11,2) | 38 (19,0) | <0,001 |
| Não | 35 (61,4) | 125 (87,4) | 160 (80,0) | |
| Ns/Nr | - | 2 (1,4) | 2 (1,0) | |
| Total | 57 (100) | 143 (100) | 200 (100) | |

A **Tabela 28**, mostra que a necessidade de fazer o planeamento familiar (PF) (42.1% vs 8.4%, $p < 0,001$) e gravidez indesejada (68.4% vs 39.2%, $p < 0,001$) associam-se significativamente com a procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva do SNS.

No que concerne ao tempo de espera, verifica-se igualmente uma associação positiva entre esta variável e a procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva no seio destas mulheres *mukheristas* (77.0% vs 57.3%, $p = 0,07$), conforme vem na **Tabela 28**.

Tabela 28 – Análise bivariada dos fatores de procura dos serviços de saúde sexual e reprodutiva do SNS nos últimos 30 dias. Cidade e província de Maputo, 2015.

| | Procura | Não procura | Total | <i>p- value</i> |
|---------------------------------------|------------------|--------------------|------------------|------------------|
| Variável | n (%) | n (%) | n (%) | |
| | 57 (28,5) | 143(65%) | 200 (100) | |
| <u>Necessidade de fazer PF</u> | | | | |
| Sim | 24 (42,1) | 12 (8,4) | 36 (18,0) | <0,001 |
| Não | 31 (54,4) | 126 (88,1) | 157 (78,5) | |
| Ns/Nr | 2 (3,5) | 5 (3,5) | 7 (3,5) | |
| Total | 57 (100) | 143 (100) | 200 (100) | |
| <u>Gravidez indesejada?</u> | | | | |
| Sim | 39 (68,4) | 56 (39,2) | 95 (47,5) | <0,001 |
| Não | 17 (29,8) | 83 (58,0) | 100 (50,0) | |
| Ns/Nr | 1 (1,8) | 4 (2,8) | 5 (2,5) | |
| Total | 57 (100) | 143 (100) | 200 (100) | |
| <u>Longo tempo de espera</u> | | | | |
| Sim | 41 (77,0) | 82 (57,3) | 23 (61,5) | 0,07 |
| Não | 16 (28,0) | 59 (41,3) | 75 (37,5) | |
| Ns/Nr | - | 2 (1,4) | 2 (1,0) | |
| Total | 57 (100) | 143 (100) | 200 (100) | |

PF, Planeamento familiar.

6.9.3. Análise de Regressão Logística

Foram realizados modelos de regressão logística para análise dos fatores associados à procura dos serviços de SSR do SNS. As participantes que referiram já ter ouvido falar

do vírus causador do cancro do colo do útero procuraram mais os serviços de SSR em relação às participantes que nunca ouviram falar de HPV (OR=0,338; p=0,015; IC95%: 0,244-0,863). No mesmo sentido, as participantes da pesquisa que se queixaram de corrimento vaginal e de dor no baixo-ventre, procuraram igualmente mais vezes os serviços e cuidados de saúde sexual e reprodutiva em relação às outras (OR=9,868; p<0,001; IC95%: 4,339-22,954) e (OR=4,950; p<0,001; IC95%: 2,350-10,426), respetivamente (ver **Tabela 28**).

Tabela 28: Fatores associados a procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva nos trinta dias anteriores ao inquérito. Cidade e província de Maputo, 2015.

| Variável | Sig | OR Bruto | 95% I.C. |
|----------------------------------|--------|----------|--------------|
| Ouviu falar de HPV? | | | |
| Não (a) | | | |
| Sim | 0,015 | 0,388 | 0,244-0,863 |
| <i>Nos últimos 30 dias teve:</i> | | | |
| Corrimento vaginal | | | |
| Não (a) | | | |
| Sim | <0,001 | 9,868 | 4,339-22,934 |
| Dor no baixo-ventre | | | |
| Não (a) | | | |
| Sim | <0,001 | 4,950 | 2,350-10,426 |

(a), categoria de referência; OR, *Odds Ratio*; I.C., Intervalo de Confiança.

A **Tabela 29** mostra que o *Odds Ratio* da necessidade de fazer o planeamento familiar foi (OR= 5,77; p <0,001; IC 95%: 3,69 – 18,17) mais vezes elevado entre as mulheres que procuraram os serviços de saúde sexual e reprodutiva em relação as que não procuraram. Ou seja, as mulheres que necessitaram de fazer o PF, procuraram 5,77 vezes mais os serviços de saúde sexual e reprodutiva em relação àquelas que não necessitaram.

Igualmente, as mulheres de alta mobilidade participantes neste estudo que tiveram gravidezes indesejadas procuraram mais vezes os serviços de saúde sexual e reprodutiva

(OR= 3,4; p <0,001; IC 95%: 1,75 - 6,59), comparativamente com as que não tiveram, ver **Tabela 29**.

E por fim, as participantes do estudo que reclamaram pelo elevado tempo de espera no atendimento nas consultas das unidades sanitárias do SNS, procuraram (OR= 1,85; p =0,07; IC 95%: 0,95- 3,60) mais vezes pelos cuidados de saúde em relação àquelas que não reclamaram, conforme vem na **Tabela 29**.

Tabela 29: Fatores associados à procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva nos trinta dias anteriores ao inquérito.

| Variável | Sig | OR Bruto | 95% I.C. |
|--|--------|----------|--------------|
| Necessidade de fazer PF | | | |
| Não (a) | | | |
| Sim | <0.001 | 8,190 | 3,697-18,171 |
| Gravidez indesejada | | | |
| Não (a) | | | |
| Sim | <0.001 | 3,400 | 1,752-6,597 |
| Longo tempo de espera no acesso e utilização dos serviços SSR | | | |
| Não (a) | | | |
| Sim | 0,07 | 1,852 | 0,951-3,607 |

PF, Planeamento familiar, SSR, Saúde Sexual e Reprodutiva; (a), categoria de referência; OR, *Odds Ratio*; I.C., Intervalo de Confiança.

6.9.4. Discussão

Os resultados do estudo quantitativo mostram que a maioria das mulheres que pratica o comércio informal transfronteiriço, residentes na cidade e província de Maputo, tinha idades compreendidas entre 35 – 49 com uma mediana (IQQ) 37 anos, eram casadas e a maioria tinha em média 3 filhos e um agregado familiar de aproximadamente 6 pessoas.

Estes resultados são similares aos divulgados por Grassi (2007), em Cabo Verde, no contexto do comércio informal transnacional (transfronteiriço no nosso contexto) realizado maioritariamente por grupos de mulheres, apelidadas por *rabidantes*, com idade média de 37 anos, que exercem a sua actividade em média há 8 anos, 90% das quais declararam ter rendimentos satisfatórios, vendem os seus produtos manufacturados no mercado *Sucupira*, viajam várias vezes ao ano ao estrangeiro, para comprar mercadoria para vender por grosso a outros *rabidantes* retalhistas, a maioria dos quais são chefes de família de agregados numerosos, de aproximadamente 5.9 pessoas.

No que concerne às habilitações literárias é de salientar que todas as participantes sabem ler e escrever, com base nos registos da associação, e reconfirmado nos momentos das entrevistas. A maioria (57%) das mulheres tem entre 6^a a 10^a classe e, 8,5% delas têm ou frequentavam o ensino superior. O nível de escolaridade relativamente elevado apresentado pela maioria das mulheres que participaram no estudo pode parecer um paradoxo, quando nos resultados do estudo qualitativo e mais adiante mostrarmos que uma das motivações que levaram estas mulheres a praticarem o *mukhero*, é justamente a falta de escolarização. Em termos de hipóteses explicativas, por um lado, pode ter havido um esforço por parte destas mulheres em aprender a ler e a escrever, dada a natureza do seu trabalho e, por outro, devido às massivas campanhas de alfabetização levadas a cabo pelo Governo Moçambicano depois de 1975, ano que o país adquiriu a independência.

Antes da prática do *Mukhero*, 44% das nossas entrevistadas eram vendedoras informais na cidade e província de Maputo, e no momento da entrevista, para além do *mukhero*,

20% destas mulheres também desenvolvem outras actividades, nomeadamente estudante, funcionário no setor público e privado e empregada doméstica. Uma parte das mulheres *mukheristas* participantes no estudo (41.5%) iniciaram a atividade do *mukhero* há 5 anos ou menos, 27.5% entre 5-10 anos, com uma deslocação média de 6 viagens mensais para os países vizinhos onde adquirem ou vendem os produtos.

As *motivações* que levaram estas mulheres para a prática do *mukhero*, tanto as que têm um nível de escolaridade mais baixo, como as que têm habilitações literárias superiores, são: o desemprego, aumento da renda familiar, falta de escolarização e baixos salários dos parceiros, resultados que são idênticos a um conjunto de causas que têm sido divulgadas por vários estudos (Raimundo, 2009c; Grassi, 2007; Chivangue, 2012; Patrício, 2015).

Dados oficiais do Relatório do Desenvolvimento Humano 2015 (UNDP, 2015: 5, 13), relativos ao desemprego, mostram que, em 2015, 204 milhões de pessoas a nível global não tinham trabalho, 72% dos homens com idade ativa (15 anos ou mais) estavam empregados, em comparação com apenas 47% das mulheres e ainda que a contribuição das mulheres para a força de trabalho e taxas de emprego é fortemente influenciada por questões socioculturais. A componente qualitativa do presente trabalho permitiu acrescentar as questões de género, discriminação, abuso e assédio sexual como potenciais situações que afastam as mulheres do mercado de trabalho, contribuindo para o aumento das suas vulnerabilidades.

A Constituição da República de Moçambique consagra o acesso e direito ao emprego e ao trabalho como um direito fundamental. A população economicamente ativa no país é de aproximadamente 11 milhões, sendo que 62.1% trabalha por contra própria, 24.6% trabalha para a família e somente 10.9% tem um emprego formal (MGCAS, 2016: 16). E os dados do IOF 2014/15 divulgados pelo INE 2016, no módulo sobre a força de trabalho, mostram que a percentagem da população economicamente ativa em Moçambique é de 84.9%.

O trabalho informal, que é exercido por cerca de 85% da população ativa em Moçambique (OIT, 2009), foi a principal forma encontrada por estas *mukheristas* para resolver ou minimizar o problema do desemprego que mais atinge as mulheres 21.8% no nosso país (IOF 2014/15 -INE, 2016).

Do total das participantes, 69% dedicavam-se exclusivamente ao *Mukhero* e as restantes recorriam a esta atividade de comércio informal transfronteiriço para complementar o seu rendimento. Estes resultados são consonantes com o que o Ministério do Género Criança e Acção Social, MGCAS (2016: 28) afirma no seu documento sobre o “Perfil de Género em Moçambique”: *”o setor informal tende a caracterizar-se por um alto grau de precariedade com destaque para os aspectos de baixo nível de proteção social e legal; rendimentos instáveis; dificuldades de aceder ao crédito produtivo formal; condições de trabalho não decentes; e dificuldade de compatibilizar o trabalho com a família”*.

Segundo o UNDP (2015: 33-35), do ponto de vista económico, o trabalho no seu sentido mais lato, permite que as pessoas garantam a sua subsistência e beneficiem de segurança económica. E do ponto de vista do desenvolvimento humano, o trabalho permite melhorar as capacidades do indivíduo, proporcionando conhecimentos e competências e o rendimento do trabalho ajuda os trabalhadores a alcançar um melhor nível de vida, proporcionando um melhor acesso à saúde e à educação. Em suma, o trabalho é entendido simultaneamente como fonte de riscos e vulnerabilidades, o que se enquadra nos resultados encontrados pelo nosso estudo.

Quanto à utilização do rendimento económico proveniente do *Mukhero*, 69% das participantes do estudo retira o equivalente a dois salários mínimos e 22% o equivalente a quatro ordenados mínimos, segundo as participantes no nosso estudo, a maior parte é utilizada para a educação dos filhos, compra de alimentos e vestuário e poupança para reinvestir no negócio.

Grassi (2007: 133) encontrou resultados similares no contexto de Cabo Verde, e enfatiza que a maior preocupação deste grupo de mulheres é com a educação dos filhos.

Adicionalmente, esta autora refere que a poupança efetuada pelas *rabidantes* é destinada ao financiamento das suas atividades, pois raramente recorrem ao crédito bancário, quer por dificuldade de acesso, quer por falta de confiança nas instituições bancárias. E sublinha que, geralmente usam as poupanças pessoais e familiares, ou das redes de apoio e ajuda mútua, conhecidas por “*Toto-caixa*”, o que equivale no contexto moçambicano ao “*Xitique*” (Chivangue, 2012).

Ainda no que diz respeito ao processo do *Mukhero*, 46% das participantes do nosso estudo não reconhecem nenhum benefício em pertencer na Associação *Mukhero*, não revelando os motivos do descontentamento. Estes resultados são similares aos apresentados por Chivangue num estudo em contexto moçambicano (2012).

Consciência da problemática e conhecimentos, atitudes e práticas das ISTs/VIH/SIDA

A região sul de Moçambique, onde o fluxo da mobilidade feminina é mais intensa, propicia o aumento da vulnerabilidade destas mulheres e raparigas às infeções sexualmente transmissíveis com destaque para o VIH/SIDA. O conhecimento abrangente sobre as mesmas, no que diz respeito à sua transmissão e prevenção é indispensável para a mudança de comportamento.

Todas as participantes do nosso estudo já tinham ouvido do VIH/SIDA. Em relação às formas de transmissão, mais de 90% das participantes sabem que o VIH pode ser transmitido por via sexual, por ter relações sexuais sem protecção e por uso de agulhas contaminadas. Ainda assim, 22% das participantes responderam que a picada de mosquito é a forma comum de transmissão do VIH. E quanto às formas de prevenção, a maioria (97.5%) destas mulheres *mukheristas* sabe que o preservativo previne a transmissão do VIH, mas é de registar que um número considerável de participantes referiu que ter relações sexuais com raparigas e rapazes virgens (19.5% e 16%, respectivamente) era uma das formas de prevenção do VIH. Ou seja, cerca de 22% das participantes não tinham conhecimento abrangente em relação a transmissão e prevenção do VIH/SIDA.

O INSIDA (2009) e o IMASIDA (2015) divulgaram resultados semelhantes, que mostram que quase todos os inquiridos, entre homens e mulheres de 15-49 anos, já tinham ouvido falar de VIH/SIDA, apesar de a percentagem de adultos com conhecimento abrangente sobre a transmissão e prevenção ser limitada (32% e 31%) respetivamente. O IDS (2011) mostra igualmente que a proporção de mulheres e homens de 15 a 49 anos que já ouviram falar de VIH/SIDA é bastante elevada, sendo 98% nas mulheres e 100% nos homens. Em Maputo Província e Maputo Cidade, local do nosso estudo, aquelas estatísticas também mostraram que todas as mulheres já ouviram falar de VIH/SIDA, e que essa percentagem aumenta com o nível de escolaridade e quintil de riqueza.

No que diz respeito à testagem para o VIH neste grupo de mulheres, uma larga maioria (85%) afirmou ter sido testada antes da realização deste inquérito, um valor acima do que foi divulgado pelo IDS (2011) e IMASIDA (2015), que mostraram que 45% e 68% das mulheres fizeram a testagem do VIH de forma voluntária, respetivamente.

Segundo o INSIDA (2009), a cobertura da testagem para o VIH continua baixa em Moçambique. Apenas 37% das mulheres e 19% dos homens de 15-49 anos de idade já foram testados para o VIH. Mulheres de áreas urbanas (62%), como é o caso do nosso estudo, foram mais suscetíveis de terem sido testadas para o VIH relativamente às mulheres em áreas rurais e, igualmente, as mulheres do nível secundário (66%) foram mais de duas vezes propensas a terem sido testadas para o VIH durante a consulta pré-natal em relação às mulheres sem qualquer escolaridade.

Resultados de relatórios de dois estudos em duas populações de alta mobilidade (trabalhadoras de sexo e camionistas de longo curso), anteriormente referidos, mostram que aproximadamente 26.3% das Mulheres Trabalhadoras de Sexo (MTS) em Maputo, 37% na Beira e 40.9% em Nampula, nunca fizeram o teste de VIH; e 65.8% dos camionistas de longo curso haviam feito o teste de VIH antes da realização do inquérito (MISAU, INS, CDC, Pathfinder International e I-TECH, 2013).

Quanto à auto-percepção de risco e vulnerabilidade de contrair o VIH no seio das *mukheristas*, 66.5% das entrevistadas consideram haver muita possibilidade, 27.5%, pouca possibilidade e 4.5% sem possibilidade. Silveira et al (2002), num estudo realizado no Brasil, demonstraram que 40% das mulheres inquiridas afirmaram “impossível” contrair as ISTs, 24% consideraram “quase impossível” enquanto 18% classificaram a contaminação com ISTs/VIH /SIDA como “pouco possível”.

Igualmente, os resultados do relatório acerca de camionistas de longo curso mostraram que quanto à percepção de risco de infeção pelo VIH nos participantes, 48% afirmaram estar em risco baixo, 18.8% em risco moderado e 18.1% em risco elevado de contrair o VIH (MISAU, INS, CDC, UCSF, DPS MANICA, CIDI, Pathfinder International e I-TECH, 2013).

A avaliação da percepção de risco e vulnerabilidades através de um estudo de audiência realizado por N’weti (2008: 45), denominado “Silêncio, Segredos e Mentiras: Pesquisa sobre parceiros múltiplos e Co-ocorrentes em Moçambique” mostrou que os entrevistados reconheceram o VIH e as ISTs como algumas das “desgraças” a que estão sujeitos. Apesar de os participantes revelarem certa consciência da vulnerabilidade, foi observado que os riscos mais temidos estão associados à situações e/ou consequências com o potencial de gerar eventos de anomalia social, pois o envolvimento com múltiplos parceiros pode originar gravidez indesejada, não assumida e filhos igualmente indesejados que poderão tornar-se meninos de rua”.

Os simbolismos negativos associados ao VIH/SIDA, que geram atitudes de negação e de proteção, a sua associação com a doença do “outro”, mais ou menos longínqua, abstracta, os tabus associados à sexualidade, à exposição diária e repetitiva a riscos, tornam a doença um risco ao qual estas mulheres, de um modo geral, ainda não se sentem diretamente afetadas, à semelhança dos resultados obtidos no estudo qualitativo.

Quanto ao cancro do colo do útero (CCU), provocado pelo Vírus Papiloma Humano (Human Papillomavírus - HPV), que no estudo qualitativo da presente tese, foi considerado como uma das principais preocupações de saúde sexual e reprodutiva pelas participantes, 56% das inquiridas do nosso estudo responderam já ter ouvido falar sobre a doença. No entanto, mais de noventa por cento das nossas entrevistadas não sabem

como se transmite, nem como se previne a infeção. E no que diz respeito à testagem, somente 10% das entrevistadas fizeram o exame do HPV. Corroborando com os nossos resultados, Chiconela e Chidassicua (2015) divulgaram resultados durante as V Jornadas Nacionais de Saúde 2015, do Ministério da Saúde de Moçambique, onde mostraram que a maior parte das mulheres já tinham ouvido falar do CCU, mas que ainda não estavam consciencializadas quanto aos fatores de risco do CCU, às medidas de protecção e à importância do rastreio precoce. Audet et al. (2012) e Seal et al., (2012) igualmente corroboram com os nossos resultados.

A Sífilis é uma patologia cujo rastreio na Consulta Pré-Natal (CPN) é obrigatório em todas as mulheres grávidas em Moçambique. No entanto, os nossos resultados mostram que 41% das participantes já ouviram falar desta doença e somente 10% de mulheres foram testadas para a sífilis, num contexto em que 192 mulheres do total da amostra tiveram filhos. Dados do IDS (2007), do relatório do MISAU (2015), salientaram que a percentagem de mulheres que sabe como se transmite e como se previne a sífilis é 17% e 20%, respetivamente. Apesar de esta doença ser muito antiga na história da humanidade, verifica-se que há um grande desconhecimento em relação a esta entidade nosológica, que era suposto ser do domínio de muitas mulheres em idade reprodutiva, na medida em que esta doença faz parte do programa de palestras ao nível das unidades sanitárias do SNS.

Contrariamente ao VIH, a maioria das mulheres *mukheristas* participantes neste estudo, demonstraram um nível baixo de auto-perceção em relação às outras ISTs, quando abordámos sobre “*quem poderia estar em perigo de contrair a sífilis, gonorreia, à infeção pelo HPV e tricomóníase*” entre os seguintes grupos: mulheres trabalhadoras de sexo, camionistas de longo curso, pessoas que viajam muito, como é o caso das *mukheristas*, mais de 80% das participantes no estudo não responderam a esta questão. Estes resultados são consonantes com os de Seal et al., (2012), de um estudo realizado no seio de mulheres de origem latina residentes nos EUA.

A maioria (78%) das nossas entrevistadas revelaram ter um parceiro sexual, mas verifica-se que 11% tiveram dois parceiros ou mais, e 15% destas mulheres tiveram

relações sexuais ocasionais, ou seja, com pelo menos 2 ou mais pessoas diferentes do parceiro regular. E das 30 mulheres que tiveram relações extraconjugais, 53.3% usou o preservativo. Dai et al. (2015), em Shangai na China, mostraram que 15,2% das mulheres migrantes tiveram relações sexuais ocasionais com 2 ou mais parceiros sexuais e 76,2% não usaram o preservativo. E os recentes resultados nacionais do IMASIDA (2015), mostram que somente 3% das mulheres de 15-49 anos tiveram 2 ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses e 72% não usaram o preservativo.

Outras estatísticas nacionais (IDS, 2003) mostram que 4% das mulheres casadas e 25% de homens casados tiveram relações sexuais com pelo menos uma pessoa diferente do parceiro regular nos 12 meses anteriores que precederam o inquérito. Em Maputo cidade e Maputo província, 13.6% e 9.2% das mulheres não casadas tiveram mais de dois parceiros sexuais nos 12 meses que precederam o inquérito. No entanto, 24% das mulheres e 33% dos homens usaram o preservativo durante as últimas relações sexuais de risco (extraconjugais) nos doze meses que antecederam o inquérito.

O INSIDA (2009) divulgou resultados que mostram uma baixa prevalência de uso do preservativo em Moçambique. Apenas 8% das mulheres e 16% dos homens de 15-49 anos que tiveram relações sexuais nos últimos 12 meses anteriores ao inquérito usaram o preservativo na última relação sexual.

Estes dados contrariam pela positiva os resultados do nosso estudo, que mostram que estas mulheres reportaram usar mais preservativos que a população em geral no país. Esta tendência foi igualmente encontrada em resultados de estudos em outros grupos de população de alta mobilidade, como é o caso de mulheres Trabalhadoras de Sexo em Moçambique (MTS). O Relatório do “Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo, Moçambique, 2011-2012, evidenciou que 14.2%, 26.6 % e 37.2% das MTS em Maputo, Beira e Nampula, respetivamente, não usou o preservativo na última relação sexual com o cliente mais recente. Ou seja, 85.8%, 73.4% e 62.8% destas mulheres consideradas de alta mobilidade, usaram o preservativo.

Estes resultados vão no mesmo sentido de um outro “Inquérito Integrado Biológico e Comportamental em Camionistas de Longo Curso”, realizado pelo Ministério da Saúde e seus parceiros, em Moçambique, em 2012. O mesmo mostrou que 34.2% desta população de alta mobilidade não tinha usado o preservativo na última relação sexual com cada uma das últimas parceiras sexuais ocasionais ou transaccionais (entre as últimas três parceiras) (MISAU, INS, CDC, UCSF, DPS MANICA, CIDI, Pathfinder International e I-TECH, 2013).

N’weti (2008: 58) reporta que “no contexto moçambicano, alguns estudos apontam para um crescente nível de uso do preservativo. Existe maior consciencialização para o uso do preservativo com parceiros não regulares e essa percentagem tende a crescer ao longo dos anos, 43.3% em 2011 para 67.8% em 2004”.

Assim, podemos concluir que o uso do preservativo no contexto de alta mobilidade, onde os comportamentos de risco e vulnerabilidades são acrescidos, constitui-se como um fator fundamental na prevenção simultânea das ISTs e gravidezes indesejadas.

Relativamente às motivações para a ocorrência de relacionamentos múltiplos, somente 7.5% das participantes do nosso estudo alguma vez tiveram relações sexuais em troca de dinheiro, bens ou serviços, dos quais 99.5% foi em troca de serviços (facilitação de passagem de mercadorias ao nível das fronteiras, carregamento de carga, boleia dos camionistas de longo curso).

Estes resultados estão em consonância com os que foram apresentados pela N’weti, (2008) sobre parceiros múltiplos e co-ocorrentes, que revelou que as motivações para o envolvimento em relacionamentos múltiplos e simultaneamente co-ocorrentes incluem as condições socioeconómicas, crenças, aspetos culturais, dinâmicas sociais e de género e a construção sócio - sexual dos indivíduos. E o trabalho enfatiza que “em Moçambique, a problemática deste tipo de relacionamentos constitui uma realidade presente e um enorme desafio para os diferentes atores governamentais e organizações da sociedade civil, por este fenómeno ser como um fator catalisador das infeções com o VIH” (N’weti 2008: 25).

Problemática de gravidezes indesejadas e conhecimentos, atitudes e práticas em relação a contraceptivos modernos

Os resultados deste estudo mostram que (77%) das mulheres *mukheristas* usam métodos contraceptivos, na maioria (96.1%) métodos modernos, o que é muito superior à média nacional (34%) (MISAU, 2015) e 27% do IMASIDA (2015). Embora a maioria da literatura consultada indique piores indicadores em relação ao uso de métodos contraceptivos em mulheres de alta mobilidade e migração, este estudo não permitiu chegar a essa conclusão. À semelhança dos resultados obtidos por Sudhinaraset et al. (2016); Sutherland et al. (2011); Todd et al. (2010), provavelmente podemos estar perante o chamado “efeito do migrante/população móvel saudável” em relação à saúde sexual e reprodutiva.

Relativamente aos métodos mais utilizados, nota-se que uma grande percentagem de *mukheristas* prefere usar a pílula, seguida de Depo-provera (injeção). É interessante notar que o preservativo (23.4%) é mais usado em relação ao DIU (20.8%), com pouca utilização do método tradicional. Estes resultados são corroborados pelas estatísticas nacionais (IDS, 2003) e por outros autores (Mekonnen e Worku, 2011).

As entrevistadas reconhecem a importância do uso dos métodos de contraceção modernos, quando a maioria justifica que recorre a estas tecnologias, por não desejar ter mais filhos e para fazer o espaçamento das gravidezes. No entanto, 16% das participantes que viram as suas necessidades para a contraceção não atendidas ou não satisfeitas nas instituições públicas, apontam como causas a rotura de *stock*, a falta de outras opções, e devido aos efeitos secundário, entre outras. Pesquisa anterior (Mekonnen e Worku 2011) sobre as necessidades não satisfeitas em relação aos métodos contraceptivos modernos, realizado na Etiópia, concluiu que a taxa de prevalência e de necessidades não satisfeitas eram de 25.4% e 52.4%, respetivamente. As razões apontadas para esses resultados foram religiosas, relacionadas com os prestadores dos serviços de saúde, desconhecimento dos próprios métodos e o baixo nível educacional tanto da mulher assim como do parceiro.

Em Moçambique, em 2007, as necessidades não satisfeitas para os contraceptivos situaram-se nos 53% (IDS, 2007). Comparando com as estatísticas dos países vizinhos apenas o Zimbabwe, com 65%, apresenta um valor mais elevado, todos os restantes estão abaixo: na RSA era de 14%, na Tanzânia 34%, no Malawi 41%, na Zâmbia 41% e na Swazilândia 51% (IDS, 2007; INE, 2010; MISAU, 2010 e 2012).

Alinhando no mesmo sentido, Arnaldo (2013: 48) refere que em Moçambique *“há um aumento da demanda insatisfeita de contraceção em mulheres sexualmente ativas que não estão a amamentar, nem em amenorreia pós-parto, que não pretendem ter mais filhos, e que não estão a usar nenhum método de prevenção da gravidez, devido em parte, a uma certa incapacidade do sistema de saúde em satisfazer a procura por estes métodos”*.

No que diz respeito ao grau de satisfação com os métodos que utilizam, a esmagadora maioria das nossas entrevistadas respondeu que está satisfeita com os contraceptivos escolhidos, e que são elas próprias (56.3%), ou em conjunto com seus parceiros (52.2%), quem decide sobre o recurso a estes métodos modernos de contraceção, negligenciando assim, a intervenção de outros membros da família.

Segundo Chikovore (2004), quando a decisão para o uso de contraceptivos modernos parte tanto da mulher como do parceiro, e quando se promove maior comunicação e inclusão do homem nas dinâmicas de utilização destes métodos, pode resultar em maiores ganhos. O mesmo autor defende que num passado recente programas, políticas e pesquisas de SSR, com destaque para o uso dos métodos de contraceção, excluía a figura masculina porque tradicionalmente tudo era focado na mulher.

Das 192 mukheristas que estiveram grávidas pelo menos uma vez, 48% teve gravidezes indesejadas ao longo das suas vidas reprodutivas, sendo 90.5%, entre 1 a 2 vezes. E o desfecho dessas gravidezes indesejadas foi que 61,9% das participantes procuraram o SNS para abortar, 32.6% deixaram as gravidezes até ao fim e 13.8% procuraram serviços de saúde privados para abortar. Aglutinando o número de abortos realizados no setor público e no privado verificamos que os mesmos correspondem a 73.8%.

Estes resultados vêm confirmar o que a literatura (IOM, 2005; N'weti, 2008) tem divulgado sobre a grande ocorrência de gravidezes indesejadas no seio das mulheres de alta mobilidade, devido aos fatores descritos anteriormente.

A mobilidade e migração circular são reconhecidos por aumentar o risco e vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis. E uma melhor compreensão dos determinantes de procura, acesso e utilização dos serviços de saúde do SNS na população em mobilidade pendular/circular é de grande importância para o desenvolvimento de políticas e estratégias de saúde mais adequados para este grupo populacional.

Os nossos resultados mostram que nos trinta dias anteriores ao inquérito, as participantes do estudo referiram sintomas de ISTs manifestadas por dor no baixo-ventre, corrimento vaginal, prurido genital, e úlcera/ferida/tumoração genital. Estes resultados são corroborados com os de Zuma e colegas (2003) num estudo realizado em Carletonville, na RSA e Seal et al., (2012), nos EUA.

Os resultados deste estudo mostram que 28.5% de mulheres *mukheristas* procuraram os serviços de SSR nos trinta dias anteriores ao inquérito, contra 71,5% que não procuraram. Do total que procurou serviços de SSR, 96.5% recorreram aos serviços de saúde em Moçambique e, 3.5% na RSA. As razões que levaram estas mulheres a procurar estes serviços, foram: fazer planeamento familiar, diagnóstico e tratamentos das infecções sexualmente transmissíveis, interrupção voluntária da gravidez, entre outros. Estes resultados vão no mesmo sentido de um estudo transversal realizado por Hidalgo (2012), envolvendo 185 mulheres latinas imigrantes em Birmingham, entre 2004-2005, onde a análise de frequência mostrou que no país de origem, uma larga percentagem (76.1%) das participantes responderam que elas não procuravam cuidados curativos porque *“esperavam sentirem-se melhor com a medicação caseira”*.

Alinhando no mesmo sentido, MISAU, INS, CDC, Pathfinder International e I-TECH (2013), em Moçambique, divulgaram resultados relativos a mulheres trabalhadoras de sexo nas áreas urbanas em Maputo, Beira e Nampula que mostraram uma percentagem

de não procura de assistência de qualquer profissional de saúde nos seis meses anteriores ao inquérito de 57.9%, 64.8% e 61.6%, respetivamente. Igualmente outros autores internacionais corroboram com este padrão de procura de serviços de saúde em mulheres migrantes (Carrasco-Garrido et al., 2009; Pfeiffer, J., et al., 2010).

Para as participantes do nosso estudo que procuraram os serviços de SSR, a decisão partiu das próprias mulheres, em detrimento do parceiro, da mãe e/ou tia. Os nossos dados não estão de acordo com aquilo que tem sido divulgado ao nível nacional e continental relativamente à predominância masculina na tomada de decisões. Dados oficiais do Ministério do Género, Criança e Ação Social (MGCAS, 2016: 22) de Moçambique mostram que em 32% dos casos é o esposo que toma a decisão sobre a saúde da mulher, e apenas em 22% dos casos é a própria mulher que toma a decisão, e realça que *“o poder de decisão das mulheres em relação à sua saúde é diretamente proporcional ao nível de instrução e a independência económica”*. Muita literatura internacional (Chikovore, 2004; UNFPA, 2012; IDS, 2011; Mosha et al. 2013; Wubegzier et al, 2011, Agadjanian 2011) corrobora no mesmo sentido dos dados divulgados pelo MGCAS (2016). Um fator que poderá explicar a diferença entre estes estudos e os nossos resultados prende-se com o facto de os nossos dados mostrarem níveis elevados de escolarização e poder económico no seio das participantes.

No entanto, Chilundo e Jacinto (2014: 124 cit in CEPISA, 2014) corroboram com os resultados do MGCAS, com base no seu estudo *“Determinantes do uso dos serviços de saúde sexual e reprodutiva pelas mulheres jovens em Moçambique: Estado actual e implicações”*, no capítulo de cultura e género, realizado em seis distritos de Moçambique, no qual afirmaram que *“as desigualdades e os aspetos culturais influenciam o local onde uma mulher tem o parto em Moçambique, porque o poder da mulher para tomar decisões é limitado pela desigualdade de género, porque muitas mulheres não procuram as maternidades afirmando que os seus parceiros, maridos, sogras ou tias haviam tomado a decisão por elas. Os parceiros foram a barreira mais importante mencionada por quase todas as participantes”*.

Relativamente ao nível de satisfação ou insatisfação exprimido por estas mulheres *mukheristas* em relação aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde sexual e reprodutiva do SNS, e agrupando todos os indivíduos que se mostraram satisfeitos, podemos dizer que 42.5% das participantes avaliam positivamente os serviços prestados no setor público, 41.5% preferiram não se manifestar e somente 16% é que mostraram a sua insatisfação em relação aos serviços oferecidos. Os resultados do IOF 2014/2015) vão no mesmo sentido quando mostram um nível de satisfação com SNS de 53%.

As participantes que manifestaram a sua insatisfação em relação aos serviços oferecidos, apontaram as seguintes barreiras: longo tempo de espera, inadequação do horário, cobranças ilícitas, maus-tratos por parte dos profissionais de saúde, longas distâncias que separam as unidades sanitárias das suas casas, entre outras causas. Estes resultados vão no mesmo sentido dos que foram publicados por Dias e colegas (2004) em relação a uma comunidade migrante africana com o objetivo de uma melhor compreensão do seu estado de saúde, em particular, da saúde sexual e reprodutiva, e das dificuldades existentes no acesso e utilização dos serviços de saúde em Portugal.

Com base na análise bivariada, não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a procura dos serviços de saúde sexual e reprodutiva pelas mulheres nos trinta dias anteriores à pesquisa e as características sociodemográficas, a um nível de significância estatística $p < 0,05\%$.

No entanto, as co-variáveis, gravidez indesejada (68.4% vs 39.2%, $p < 0,001$), corrimento vaginal (42.1% vs 6.7%, $p = 0,000$), dor no baixo-ventre (38.5% vs 11.2%, $p < 0,001$) e necessidade de fazer o planeamento familiar (PF) (42.1% vs 8.4%, $p < 0,001$), mostraram estar estatisticamente associadas à variável dependente “procura de SSR nos últimos 30 dias”. Ou seja, as mulheres participantes neste estudo com este leque de preocupações procuraram mais os serviços em relação àquelas sem este tipo de problemas. Estudos publicados por Hidalgo, Garcés-Palacio e Scarinci (2012) e Seal et al. (2012), corroboram com os nossos resultados.

O longo tempo de espera, que é descrito como uma barreira à procura, acesso e utilização dos serviços de SSR, também registou uma associação estatisticamente significativa com a variável dependente procura de serviços de saúde sexual e reprodutiva por estas mulheres *mukheristas* (77.0% vs 57.3%, $p=0,07$). Autores como Carballo (1998), Dias et al. (2004), Dias et al. (2009), corroboram com estes resultados, embora acrescentando factores.

A análise de regressão logística mostrou que as mulheres participantes na pesquisa que tiveram gravidezes indesejadas procuraram três vezes mais (OR= 3,4; $p <0,001$; IC 95%: 1,75 - 6,59) os serviços de saúde sexual e reprodutiva nos últimos trinta dias em relação às que não tiveram. Ou seja, parece que a gravidez indesejada funcionou como factor de procura de serviços de SSR. Carrasco-Garrido et al., (2009), corroboram com estes resultados.

E as participantes que se queixaram de corrimento vaginal (OR = 9,8; $p <0,001$; IC 95%: 4,34 – 22,4) e dor no baixo-ventre (OR = 2,31; $p <0,001$; IC95%:4,34 – 10,4) procuraram 9,8 e 2,3 vezes mais os serviços e cuidados de saúde sexual e reprodutiva em relação às que não apresentaram estes sintomas, respectivamente. O que estes dados parecem sugerir é que o facto de as mulheres apresentarem estes sintomas mencionados constitui-se como factor para procura de cuidados e serviços de SSR. Zuma e colegas (2003) encontram resultados similares.

As mulheres que tiveram necessidade de fazer o planeamento familiar nas unidades de saúde do SNS (OR= 5,77; $p <0,001$; IC 95%: 3,69 – 18,17) apresentaram 5,7 mais vezes a chance de procurar os serviços de saúde sexual e reprodutiva em relação às que não precisaram de fazer PF. Os resultados de Carrasco-Garrido et al., (2009), Hidalgo, Garcés-Palacio e Scarinci (2012) alinham no mesmo sentido aos nossos.

E por fim, as mulheres que reclamaram pelo elevado tempo de espera no atendimento nas consultas nos centros de saúde e hospitais do SNS (1,85; $p =0,07$; IC 95%: 0,95 – 3,60) procuraram 1,8 vezes mais os serviços de saúde em relação àquelas que não

reclamaram. Os resultados de Dias, Severo e Barros (2008), vão de encontro com os nossos.

Resumindo, as variáveis relacionadas com gravidez indesejada, o reconhecimento dos sintomas de corrimento vaginal e a dor no baixo-ventre, o PF e o longo tempo de espera apresentaram-se como factores de procura de cuidados de SSR para esta população de alta mobilidade transfronteiriça.

7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A saúde sexual e reprodutiva das mulheres participantes neste estudo, que se deslocam constantemente de forma circular/pendular para os países vizinhos bastante afetados por VIH/SIDA, em condições difíceis no que diz respeito às experiências vividas e às estratégias adotadas por algumas delas, num contexto de elevadas prevalências de infeções sexualmente transmissíveis com destaque para o VIH/SIDA no país e na região, altas taxas de gravidezes não desejadas e abortos, constitui certamente um tema com relevância no âmbito da saúde pública.

Os resultados aqui retratados através dos dois estudos realizados (qualitativo e quantitativo), permitem-nos produzir algumas conclusões, que apresentamos de seguida.

Este trabalho demonstra que as mulheres *mukheristas* são relativamente jovens, com uma idade média de 37 anos, maioritariamente casadas, com uma média de 3 filhos e níveis de escolaridade relativamente elevados. A maioria delas iniciou a prática do *mukhero* entre 5-10 anos, dedicando-se sobretudo ao comércio transfronteiriço de produtos alimentares. Quase todas as participantes vivem exclusivamente do *mukhero* e usam o produto do seu rendimento principalmente para a subsistência do seu agregado familiar e pagamento dos estudos dos seus filhos, para além de fazerem algumas poupanças que incluem a participação em mecanismos informais, como o *xitique*. Estes dados indiciam a importância desta actividade para a emancipação da mulher, bem como o contributo relevante dos rendimentos provenientes do comércio transfronteiriço para uma eventual ascensão social dos seus descendentes por via da educação.

Relativamente aos conhecimentos sobre as infeções sexualmente transmissíveis, verificou-se que a maioria das nossas participantes já ouviu falar do VIH/SIDA, denotando serem detentoras de conhecimentos de base. Adicionalmente, as mulheres reportaram já terem feito o teste para saber o seu estado serológico para infecção por VIH. No entanto, uma percentagem significativa das participantes mostrou ter conhecimentos pouco consistentes em relação às formas de transmissão e prevenção desta doença.

Por outro lado, uma percentagem significativa destas mulheres mostrou ter um desconhecimento da existência da sífilis, de como se transmite e como se previne, apesar do rastreio desta doença ser obrigatório em mulheres grávidas que frequentam as consultas pré-natais em Moçambique. Estes dados poderão indicar a necessidade de serem delineadas estratégias de promoção da saúde direccionadas para este grupo populacional, sobre estes temas concretos.

Apesar de algumas destas mulheres *mukheristas* reconhecerem ter parceiros sexuais múltiplos e co-ocorrentes e reportarem o uso mais elevado de preservativos que a população em geral no país, os relatos do estudo qualitativo mostraram que muitas vezes elas enfrentam muitas dificuldades para negociar a utilização do mesmo. Por outro lado, segundo as narrativas do estudo qualitativo, o risco e vulnerabilidade para as ISTs e gravidezes indesejadas e abortos não é devidamente reconhecido, muitas mulheres acham que essas atitudes e comportamentos são protagonizados por outras mulheres e não elas.

Um dado a registar é a elevada frequência de utilização dos métodos contraceptivos por parte destas mulheres, com maior preferência pela pílula e a Depo-provera. O recurso ao uso de dispositivo intra-uterino (DIU) é relativamente pouco frequente. Poucas mulheres recorreram aos métodos tradicionais.

Cerca de um terço das participantes no estudo procuram os serviços de saúde sexual e reprodutiva. E quase metade das participantes teve gravidezes indesejadas e recorreu ao aborto, maioritariamente no serviço nacional de saúde. Também procuraram os serviços de saúde as *mukheristas* que tiveram corrimento vaginal, dor no baixo-ventre e as que necessitaram de fazer planeamento familiar.

Na análise de regressão logística, as mulheres que ouviram falar do vírus causador do cancro do colo do útero, as que tiveram corrimento vaginal, dor no baixo-ventre, necessitaram de fazer o planeamento familiar e tiveram gravidezes indesejadas, procuram mais os serviços de saúde sexual e reprodutiva nos trinta dias anteriores ao inquérito.

Assim sendo, fazemos as seguintes recomendações:

- No desenho de futuras pesquisas a população não deverá ser circunscrita apenas às mulheres da Associação *Mukhero* ou outra, visto que é extremamente difícil contactar estas mulheres por meio deste tipo de associações;
- A amostra deverá ser tendencialmente mais ampla para ser possível extrapolar os resultados para a população de mulheres praticantes de comércio informal transfronteiriço em geral;
- Seria importante efetuar o estudo de prevalência das ISTs com destaque para a co-infecção VIH-HPV por meio de rastreios e testagem com vista a avaliar-se a magnitude da situação, tendo em conta que têm sido feitos muitos estudos em outros grupos populacionais de alta mobilidade;
- Recomenda-se o desenho de um programa-ação para responder às preocupações apresentadas, principalmente em relação ao cancro do colo do útero.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agadjanian, V., Yabuko, Scott T., Cau, B. (2011a). *Men's Migration and Women's Fertility in Rural Mozambique*. Demography. 2011 August; 48(3): 1029 – 1048.doi: 10.1007/s13524-011-0039-y.

Agadjanian, V., Arnaldo, C., Cau, B. (2011b). *Health costs of Wealth Gains: Labor Migration and Perceptions of HIV/AIDS Risks in Mozambique*. Soc Forces. 2011 June 4; 89(4): 1097 – 1117. Doi: 10.1093/sf/89.4.1097.

Alencar, A. (2010). *Um olhar sobre Brasil e Portugal*. Revista Electrónica de Direito Internacional, vol. 6. ISSN 1981-9439. Disponível em: <http://cedin.com.br/revistaelectronica/volume6/>. Consultado em 26 de março de 2012.

Arnaldo, C. Muanamoha, R. (2013). *Tendências e desafios do Crescimento da População em Moçambique*. In CEPSA. Dinâmicas da População e Saúde em Moçambique (pp. 7- 35). Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde. FM Comercial. ISBN 978-989-98516-0-3.

Arnaldo, C. & Cau, B. (2013). *Introdução*. In CEPSA. Dinâmicas da População e Saúde em Moçambique (pp. 1-5). Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde. FM Comercial. ISBN 978-989-98516-0-3.

Arnaldo, C. (1996). *População e comércio informal no bairro da Malanga*. Gazedas Demográficas, nº 9. Maputo: Centro de Estudo da População – UEM.

Assembleia da República. (2009). *Lei nº 29/2009 de 29 de Setembro sobre a Violência Contra a Mulher*. Maputo. Moçambique.

Audet, C., Matos, C. S., Blevins, M., Cardoso, A., Moon, Troy D., Sidat, M. (2012). *Acceptability of cervical cancer screening in rural Mozambique*. Published by Oxford University Press. doi:10.1093/her/cys008.

Audet, C., Burlison, J., Moon, T., Sidat, M. (2010). *Aspectos socioculturais e epidemiológicos do HIV/SIDA em Moçambique*.

Ayres, J., França-Jr, I., Calazans, G. (1997). *AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. II Seminário em Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS – IMS/UERJ - ABIA*, pp. 20-37, 1997.

Ayres, J., Calazans, G., França-Jr, I. (2006). *O Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde*. Disponível em:
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/347426/mod_resource/content/1/risco_vulnerabilidade%20Ayres%20e%20cols.pdf.

BAD (2010). *Relatório de atividades em 2009*.

Backstrom, B. (2006). *Saúde e Imigrantes: Representações e práticas de saúde e de doença na comunidade cabo-verdiana em Lisboa*. Tese de Doutorado em Saúde Internacional, Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.

Barchifontaine, C. (2004). *Vulnerabilidade e dignidade humana. O Mundo da Saúde*. 30(3):434-440.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo* (5ª. ed.). Lisboa: Edições 70. ISBN 978-972-44-1506-2.

Bertolizzi, M., et al. (2009). *Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na saúde colectiva*. Ver. Esc. Enferm. USP: 43 (ESP 2): 326-330.

Bowling, A. (2009). *Research Methods in Health- Investigating Health and Health Services*. Mac Grow Hill, Opening University Press.

Bronfman, M., et al. (2002). *Mobile population and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action*. AIDS 16, Sup. 3- S42- S49).

Bukenya, J., Vandepitte, J., Kwikiriza, M., Weiss, H., Haves, R. & Grosskurth, H. ((2013). *Condom use among female sex workers in Uganda*. Journal AIDS CARE, VOL 25, (767-774). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2012.748863>, (consultado em 20 de abril de 2017).

Buss, P., Filho, A. (2007). *Saúde e seus Determinantes Sociais*. Rev. Saúde Colectiva. Rio de Janeiro 17(1): 77-93, 2007.

Carael, M. & Glynn, J. (2007). *HIV Infection in Young Adults in Africa: context, Risks and opportunities for prevention*. (eds), HIV Resurgent Infections and Population Change in Africa, 123-154.

Carballo, M et al. (1998). *Migration and Health in European Union*. *Tropical Medicine and International Health*, 3 (12): 936-944.

Carrilho, C., Lunet, N. (2014). *Cancro do colo do útero – da infecção pelo vírus do Papiloma Humano às estratégias de prevenção e controlo em Moçambique*. in Revista Moçambicana de Ciências de Saúde (53-56), Vol. 1. Nº 1 ISSN 2311 – 3308.

Carrasco-Garrido, P. et al. (2009). *Significant differences in the use of healthcare resources of native-borne and foreign born in Spain*. BMC Public Health. Disponível: <http://biomedcentral.com/471-2458/9/201>. (consultado em 14 de agosto de 2013).

Cau, B. & Arnaldo, C. (2014). *Tendências e factores associados à maternidade precoce em Moçambique*. In CEPISA. Adolescentes e Jovens em Moçambique: uma Perspectiva Demográfica e de Saúde (pp. 87 - 110). Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde. FM Comercial. ISBN 978-989-98516-5-8.

Chapman, R. (2006). *Chikotsa- Secrets, Silence, and Hiding: Social Risks and Reproductive Vulnerability in Central Mozambique*». In *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 20, number 4, pp. 487-515.

Chicane (2002). *O Mukhero, Mukheristas e Redes Sociais: Estratégias de Fuga ao Fisco na Fronteira da Namaacha (1987-2002)*. Maputo: UEM/FLCS.

Chichava, J. (1998). *O sector Informal e as Economias Locais. Em Programa de Reformas dos Órgãos Locais (PROL)*. Texto de Discussão nº 8. Ministério.

Chicombo, A. (2008). *O sector Informal em Moçambique: seu contributo na Geração de emprego*. Maputo: UEM. (Dissertação de Licenciatura não publicada).

Chiconela e Chidassicua (2015): *Trabalho apresentado durante as V Jornadas de Saúde 2015 do Ministério da Saúde de Moçambique*.

Chikovore, J. (2004). *Gender power dynamics in sexual reproductive health: a qualitative study in Chiredzi district, Zimbabwe*. Umea Univ. Medical Dissertations, Sweden. ISBN 91-7305-600-6.

Chilundo, B. & Jacinto, A. (2014). *Determinantes do uso dos Serviços de saúde sexual e reprodutiva pelas mulheres jovens em Moçambique: Estado actual e implicações*. In CEPSA. *Adolescentes e Jovens em Moçambique: uma Perspectiva Demográfica e de Saúde* (pp. 101 - 146). Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde. FM Comercial. ISBN 978-989-98516-5-8.

Chivangue, A. (2012). *Mukhero em Moçambique: Análise das Lógicas e Práticas do Comércio Informal*. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento e Cooperação Internacional. Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade Técnica de Lisboa.

Ciampa PJ, Vaz LME, Blevins M, Sidat M, Rothman RL, et al. (2012): *The Association among Literacy, Numeracy, HIV Knowledge and Health-Seeking Behavior: A Population-Based Survey of Women in Rural Mozambique*. PLoS ONE 7(6): e39391. doi:10.1371/journal.pone.0039391.

CIPD (1994). *Conferência Internacional sobre a População e desenvolvimento*.

Covane, L. (1996). *O Trabalho Migratório e a Agricultura no Sul de Moçambique (1920-1992)*. Maputo; Promédia.

Craveiro, I. & ferrinho, P. (2011). *Representações de mulheres em idade fértil e profissionais de saúde sobre utilização de cuidados de saúde reprodutiva*. in Rev. Salud Publica, 13 (2): 239-252.

Craveiro, I. (2010). *Mulheres em idade fértil e pobreza*. Tese de Doutorado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/4089>. (consultado em 22 de maio de 2014).

Creswell, J. W. (2009). *Research Design, Qualitative, quantitative and Mixed methods approaches* (3ª ed.). London: SAGE Publication, Ltd. ISBN 978-1-4129-6556-9 (cloth).

Cruz e Silva, T & Andrade, X. (2005). *Feminização do SIDA em Moçambique*. Publicado em Outras Vozes, nº 10, fevereiro de 2005.

Czeresnia, D., Freitas. C. (2009). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2ª ed. Rev.ampl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Dai, W., Gao, J., Gong, J., Xia, X., Yang, H., Shen, Y., Gu, J., Wng, T., Liu, Y., Zhou, J., Shen, Z., Zhu., Pan, Z. (2015). *Sexual behavior of migrant workers in Shanghai, China*. BMC, Public Health.DOI 10.1186/s12889-015-2385-y.

Degni, F., Suominen, S., Essén, B., El Ansari, W., Vehvilainen-Julkunen, K. (2012). *Communication and Cultural Issues in Providing Reproductive Health Care to Immigrant Women: Health Care Providers' Experiences in Meeting Somali Women Living in Finland*. J Immigrant Minority Health (2012) 14: 330. doi:10.1007/s10903-011-9465-6. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10903-011-9465-6> (consultado em 21 de maio de 2016).

Dias, S., Gama, A., Rocha, C. (2010). *Immigrant women's perceptions and experiences of health care services. Insights from a focus group study*. J Public Health, 18:489-496.

Dias, S., Rocha, C., Horta, R. (2009). *Saúde sexual e reprodutiva de mulheres imigrantes africanas e brasileiras. Estudo Qualitativo*. Lisboa: Artipol – Artes Tipográficas, Lda. 2009. ISBN 978-989-8000-84-2.

Dias, S., Severo, M., Barros, H. (2008). *Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal*, in BMC Health Services Research, 8: 207.

Dias, S., Gonçalves, A., Luck, M., Fernandes, M^a J. (2004). *Risco de Infecção por VIH/SIDA: Utilização-acesso aos Serviços de Saúde numa comunidade imigrante*, in Acta Médica Portuguesa, II Série 17 (3): 211-218.

Direcção de Saúde da Cidade de Maputo. (2015). *Base de dados da rede sanitária na Cidade de Maputo*, Maputo.

Djedge, M., Augusto, G., Mudender, F., Ramirez, L., Alexandre, J., Smith, M., Maiela, A., Munguambe, A., O'Malley, G., Robertson, M. (2015). *Taxa de perdas de recém- graduados das instituições de formação em saúde e suas razões no momento da colocação no Serviço Nacional de Saúde em Moçambique*. In Revista Moçambicana de Ciências de Saúde. Vol. 2 , nº 1, 39-44. Maputo. ISSN 2311-3308. 44-46.

DNM. *Relatório da Direcção Nacional de Migração (2015)*. Moçambique.

Dodson, B. & Crush, W. (1998). *Women on the move: gender and cross-border migration to South Africa*: in Migration Policy series nº 9.

Dumangane, S., Gune, E. (2012) - *Pesquisa Formativa, Saúde Sexual e Direitos Sexuais para Jovens: o caso de Moçambique*. Apresentado na 5ª Conferência de África sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos. Namíbia, Novembro de 2012.

ENCP, (2015). *Estratégia nacional de Prevenção de casamentos prematuros*. Aprovado pela 42ª Sessão Ordinária do conselho de Ministros realizada a 01 de Dezembro de 2015.

Feliciano, J. (1998). *Antropologia Económica dos Tsongas do Sul do Save de Moçambique*. Maputo: Arquivo Histórico de Moçambique.

Feng, W. et al. (2005). *Reproductive Health Status, Knowledge and access to care among female migrants in Shanghai, China*. *Journal of Biosocial Science*; 37(5): 603-622.

Filimone, H. (2016). *Caso Mido Macie: A história do brutal assassinato do taxista moçambicano pela polícia sul-africana*. MINERVA PRINT. NºReg. 8677/RLINLD/2016

Flick, U. (2009). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. Monitor-Projectos e Edições, Lda.

Grassi, M. (2007). *Economia Informal em rede: trocas económicas e complexidade social*. In: Cadernos de estudos africanos. Disponível em: <http://cea.revues.org/491>. (consultado em 29 de abril de 2013).

Hidalgo, B., Garcés-Palacio, I., Scarinci, I. (2012). *Preventive and Curative Care Utilization Among Mexican Immigrant Women in Birmingham, Al*. in *J Immigrant Minority Health* (2012) 14: 983. doi:10.1007/s10903-012-9594-6. Disponível

em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10903-012-9594-6>. (consultado em 2 de julho de 2013).

Hill, M. & Hill, A. (2009). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda. ISBN 978-972-618-273-3.

IDS (2003). Moçambique. *Inquérito Demográfico e de Saúde 2003*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

IDS (2007). *Inquérito Demográfico e de Saúde, Moçambique*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

IDS (2011). *Inquérito Demográfico e de saúde, Moçambique*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

INE (2006). *Resultados do Primeiro Inquérito Nacional ao Sector Informal* (INFOR-2004). Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

INE (2010). Moçambique. *Pobreza infantil e Disparidade em Moçambique*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

INE (2012) Moçambique. *Mulheres e Homens em Moçambique, 2011*. Maputo: Instituto Nacional de Estatística.

INE – Brasil (2007). *Estudo conjunto com a OMS sobre as DST/AIDS no Brasil*.

IMASIDA (2015). Instituto Nacional de Saúde, Instituto Nacional de Estatística, ICF Internacional. *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique 2015. Relatório Preliminar de Indicadores de HIV*. Maputo, Moçambique. Rockville, Maryland, EUA: INS, INE e ICF.

INSIDA (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique*. Calverton Maryland, EUA: INE e ICF macro.

INS, CDC, UCSF, Pathfinder International e I-TECH (2013). *Relatório final: Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo, Moçambique 2011 – 2012*. São Francisco: UCSE.

IOF 2014/15 – INE (2016). *Inquérito ao Orçamento Familiar 2014/15*.

IOM/ANSA (2012). *Risks and vulnerability to HIV: Analysis of key determinants on the Nacala transport corrido*.

IOM/CARE (2003). *Mobility and HIV/AIDS in Southern Africa: A field study in South Africa, Zimbabwe and Mozambique*.

IOM/UNAIDS (2003). *Mobile Populations and HIV/AIDS in the Southern African Region: Recommendations for Action*.

IOM (2005). *HIV/AIDS: Population Mobility and Migration in Southern Africa: Defining a Research and Policy Agenda*. PHAMSA/SAMP.

IOM (2010a). *Uma avaliação de vulnerabilidades no seio de migrantes laborais internos na indústria de caju no norte de Moçambique*.

IOM (2010b). *Uma avaliação de vulnerabilidades de saúde no seio dos trabalhadores migrantes e não migrantes nos portos de Maputo, Beira e Nacala, Moçambique*.

IOM (2010c). *Integrated Biological and Behavioral Surveillance Survey (IBBSS) In the Commercial Agricultural Sector in South Africa*.

IOM (2010d). *Regional assessment on HIV-prevention needs of Migrants and Mobile Populations in Southern Africa*.

IOM (2015). *Migrants and Cities, New Partnerships to Manage Mobility*. Disponível em : <https://www.iom.int/world-migration-report-20> (consultado em 20 de setembro de 2016)

Jekel, J., Katz, David L., Elmore, J. (2005). *Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva (2ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed. ISBN 85-363-0296-8.

Jonathan, F. (2007). *Globalization*. In: A Companion to the Anthropology of Politics, edited by David Nugent and Joan Vincent, 179-197. Oxford. UK.

José, C., Mataveia, G., Mucambe, M., Tchamo, S., Cossa, A., Januário, F., Mutemba, L. (2011). *Custos socioeconômicos da violência contra a mulher em Moçambique*. Imprensa Universidade Eduardo Mondlane – CeCAGe.

Leal, A. (2008). “ *No peito e na raça*” – a construção de vulnerabilidade de caminheiros: um estudo antropológico de políticas públicas para HIV/AIDS no Sul do Brasil.

Lee, E. (1980). *A theory on migration*. In: Demography, v.3, n.1, p.47-57, 1966.

Lefko-Everett, K. (2007). *Voices from the margins: migrant experiences in Southern Africa*. Southern African Migration project.

Lussi, C. (2009). *Conflitos e vulnerabilidades no processo migratório*. In Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana, nº 16.

Machungo, F. (2004). *Aborto Inseguro em Maputo*. Publicado em “Outras Vozes”, nº 7.

Manganhela, A (2006). *A Influência do Mukhero nas Receitas das Alfândegas de Moçambique: O caso da Fronteira de Namaacha (1987-2005)*. Maputo: UEM.

Mann, J. & Tarantola, D. (1996). *AIDS in the World*. Cambridge: Harvard University Press.

Mariano, E. et al. (2011). *As práticas vaginais na província de Tete em Moçambique: pesquisa qualitativa e quantitativa*. ICRH – Centro Internacional para Saúde Reprodutiva. NºR 7106/RLINLD/2011.

Marlow, Heather M., Shellenberg, K. & Yegon, Erick. (2014). *Abortion services for sex workers in Uganda: successful strategies in an urban clinic*. Journal of Culture, Health & Sexuality, vol. 16 (931-943). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2014.922218>, (consultado em 24 de maio de 2017).

Marmot, M. (1998). *Social determinants of Health*. Second edition.

Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (5ª ed.). Pero Pinheiro. Rolo & Filhos II, SA. ISBN 979-989-96763-2-9.

Marques, J., Góis, P. (2011). *A emergência das migrações no feminino – feminização das migrações de (e para) Portugal e suas complicações sociopolíticas*. Cascais. Principia. ISBN 978-989-7016-036-3.

Martinez, L. & Ferreira, A. (2008). *Análise de dados com SPSS: Primeiros passos* (2ª ed.). Lisboa: Porto Editora.

Matsimbe, M. (2013). *As mulheres mukheristas e comércio transfronteiriço*. Monografia de Licenciatura em Antropologia. (publicada). Faculdade de letras e Ciências sociais de Universidade Eduardo Mondlane.

Matsinhe, C. (2005). *Vazios culturais*”. In *Tábula Rasa, Dinâmica da Resposta Moçambicana ao HIV/SIDA*. (Tese de Doutorado), Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Medronho, R., Bloch, K., Luiz, R., Werneck, G. (2009). *Epidemiologia* (2ª ed.). São Paulo: Artheneu. ISBN 978-85-7379-999-6.

Mekonnen, W. & Worku. (2011). *Determinants of family planning use and high unmet need in Butagira District, South Central Ethiopia*. Reproductive Health Journal. Disponível em: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/8/1/37>. (consultado em 23 de janeiro de 2017).

Merry, L. et al. (2011). *Cross-border movement and women's health: how to capture the data*. *International Journal for Equity in Health*, 10, 56.

Minayo, C., Deslandes, S., Romeu, G. (2010). *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (29. ed.). Petrópolis: Editora Vozes. ISBN 978-85-326-1145-1.

Miranda-Ribeiro, P. et al. (2006). *Perfis e Percepções das Mulheres de Belo Horizonte acerca do Conhecimento e da Informação sobre o HIV/AIDS*.

MISAU (2015). *Dados de base sobre indicadores principais de saúde da mulher*.

MISAU (2014). *Plano Estratégico do Sector Saúde PESS 2014 -2019*. Direcção de Planificação e Cooperação de Moçambique.

MISAU (2012). *Relatório de revisão do sector saúde 2012*.

MISAU (2011). *Plano Económico e Social (PES) 2011*.

MISAU (2010). *Estratégia de Planeamento Familiar e contracepção 2011-2015* (2020).

MISAU (2008). *Relatório sobre análise da mortalidade nacional intra-hospitalar – Moçambique 2009-2011*.

MISAU (2006). *Guia para tratamento e Controle das Infecções de Transmissão Sexual (ITS)*.

MISAU (2001). *Plano Estratégico do Sector Saúde - PESS 2001-2005 -2010*.

MISAU, INS, CDC, Pathfinder International e I-TECH (2013). *Relatório final: Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Camionistas de Longo Curso*. Maputo: MISAU.

MGCAS (2016)-Ministério do Género, Criança e Acção Social. *Perfil de género em Moçambique*.

Ministério da Mulher e Acção Social (MMAS) (2016). *Estratégia Nacional de prevenção e combate dos casamentos prematuros em Moçambique (2016-2019)*. LeiMa Impressões Originais, Lda.

Mosha, I. Ruben, R. Kakolo, D. (2013). *Family planning decisions, perceptions and gender dynamics among couples in Mwanza, Tanzania: a qualitative study*. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23721196> , (consultado em 25 de novembro de 2014).

N´weti & SOUL CITY (2008). *Silêncio, segredos e mentiras: pesquisa sobre parceiros múltiplos e co-ocorrentes em Moçambique*. Maputo: Magic Print Solutions.

OIT (2010). *Estatísticas de emprego no setor informal*.

Oliveira, M. M. (2008). *Como fazer pesquisa qualitativa* (2.^a ed.). Petrópolis: Vozes. ISBN 978-85-326-3377-4.

OMS (2005). *Estratégia de Cooperação da OMS com a República de Moçambique 2004-2008*. Escritório da Região Africana.

OMS (2004). *Critérios Médicos de Elegibilidade para o uso de Métodos Anticoncepcionais*. – 3.^a ed. ISBN 92 4 156266 8 (Classificação NLM: WP 630).

ONU MULHERES (2016). *Relatório do estudo exploratório sobre a situação de violência contra as mulheres e raparigas nos espaços públicos da cidade de Maputo*. Global Touch,

Osório, C. & Cruz e Silva, T. (2016) – *Entre a denúncia e o silêncio. Análise da aplicação da Lei contra a violência doméstica (2009-2015)*. Maputo: CIEDIMA, Lda, 2016. ISBN 978-989-96871-8-9.

Oucho, J. & Ana, N. (2009). *Immigrants' and refugees' unmet reproductive health demands in Botswana: Perceptions of public healthcare providers*. in journal of the South African Academy of Family Practice/Primary Care 51(3). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228746686_Immigrants'_and_refugees'_unmet_reproductive_health_demands_in_Botswana_Perceptions_of_public_healthcare_providers. (consultado em 24 de abril de 2012)

Patrício, G. (2015). *A migração internacional e o processo de desenvolvimento na região norte de Moçambique: estudo de caso da província de Nampula*. Tese de Doutoramento em estudos de desenvolvimento da Universidade de Lisboa- Lisbon School of Economics & Manegement.

PEN III (2010). *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010-2014*. CNCS.

PEN IV (2015). *Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2015-2019*». CNCS.

Pereira, G. et al. (2008). *Epidemiologia: Teoria e Prática* (12ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 978- 85-277-0356-7.

Pfeiffer, J., Montoya, P., Batista, A., Karagrans , M., Pugas. M., Micek, M., Johson, W., Sherr, K., Gmbel, S., Baird, S., Lambdin, B., Gloyd, Stephen. (2010). *Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique – a case study*. In Journal of the International AIDS Society. Disponível em: <http://www.jiasociety.org/content/13/1/3>. (consultado em 21 de outubro de 2013).

Pope, C. & Mays, N. (2009). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-363-1344-3.

Prata, N., Sreenivas., A., Bellows, B. (2008). *Potential of dual-use policies to meet family planning and HIV prevention needs: a case study of Zimbabwe and Mozambique*». In J Fam Plann Reprod Health care: 34(4). Disponível em: <http://www.jfphc.bmj.com>. (consultado em 26 de agosto de 2012).

Prista, A. (2014). *Saúde, estilo de vida e urbanização em Moçambique: problemas e perspectivas*: In Revista Moçambicana de Ciências de Saúde, Vol. 1, nº1, 11-21.

Disponível em: www.revistacientifica.uem.mz/index.php/rccbsp/article/view/133 , consultado em 3 de fevereiro de 2015.

Raimundo, I. (2011a). *Migração e HIV/SIDA em Moçambique: Desafios da região centro de Moçambique*. Espaço Tempo São Paulo, nº 29-Especial, pp43-55.

Raimundo, I. (2011b). *Migrações em Moçambique: Reflexões sobre uma Política de Migração*, in Estudos Moçambicanos, vol 22, nº 1. Maputo: Revista de Ciências Sociais e Humanas- CEA -UEM. ISSN 10240667.

Raimundo, I. (2009a). *International Migration Management and Development in Mozambique: What Strategies?* Journal of International Migration, vol 47 (3).

Raimundo, I. (2009b). *Migração, feitiçaria, pobreza: O contexto*. in Economia, Política e Desenvolvimento vol 1, Nº 1, 20-26. Maputo: CAP- Centro de Análise de Políticas da FLCSS-UEM. Académica, Lda.

Raimundo, I. (2009c). *Gender, Choice and Migration: Household Dynamics and Urbanization in Mozambique*. Verlag Dr. Muller Aktiengesellschaft & Co. Kg, Saarbrücken. Germany. ISBN 978-3-639-28843-8.

Raimundo, I. M., Raimundo, J. (2014). *Entre o “Querer” e o “Não Querer” Proteger-se da Infecção pelo HIV: Experiências de Esposas de Migrantes em Idades Jovem na Província de Gaza*. In CEPISA. Adolescentes e Jovens em Moçambique: uma Perspectiva Demográfica e de Saúde (pp. 207 - 227). Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde. FM Comercial. ISBN 978-989-98516-5-8.

Raimundo, I. Muanamoha, R. (2013) *A Dinâmica Migratória em Moçambique*. In CEPISA. Dinâmicas da População e Saúde em Moçambique. (pp. 87- 180). Maputo: Centro de Pesquisa em População e Saúde. FM Comercial. ISBN 978-989-98516-0-3

Rocha, C., Dias, S., Gama, A. (2010). *Conhecimentos sobre o uso de contraceptivos e prevenção de DST: a percepção de mulheres imigrantes*. In Cad. Saúde Pública vol.26 no. 5 Rio de Janeiro. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500022>. (consultado em 17 de fevereiro de 2012).

Rodrigues-Alvaréz, et al. (2012) - *Social Factors Associated with the Knowledge about HIV of Immigrants from China, Latin America, the Maghreb and Senegal in the Bosque Country (Spain)*. In J. Immigrant Minority Health.

Sargent, C., Larchanché, S. (2011) *Transnational Migration and Global Health: The Production and Management of Risk, Illness, and Access Care*. in Annual. Rev. Anthropol, 40:345-361. Disponível em <http://www.annualreviews.org>, (consultado em 24 de fevereiro de 2012).

Saurina, C., Val-Llosera. L., Saez, M. (2010). *A qualitative analysis of immigrant population health practices in the Girona Healthcare Region*. BMC Public Health. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/379>. (consultado em 18 de novembro de 2012).

Seal, P., Garcés-Palacio, I., Halanych, J., Scarinci, I. (2012). *Sexual health knowledge of male and female latino immigrants*. Journal immigrant minority health: doi 10.1007/s10903-012-9576-8.

Silva, C. & Da Costa Vargens. (2009). *A percepção de mulheres quanto à vulnerabilidade feminina para contrair DST/HIV*. Rev. Esc. Enferm. USP 2009 43 (2):401-6.

Silva, W. A. (2002). *Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS entre jogadores juniores*. Ver. Saúde Pública, vol. 36, nº4, Supl, p. 68-75.

Silveira, M., U Béria, Jorge., Horta, B., Tomasi., E. (2002) *Auto-percepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e AIDS em mulheres*. In Revista de Saúde Pública vol. 6 São Paulo. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/50034-89102002000700003> (consultado em 2 de março de 2012).

Serra, C. (2009). *Linchamentos em Moçambique II: okhwiri que apela à purificação*. Centro de Estudos Africanos- Unidade de Diagnóstico Social. Maputo: Imprensa Universitária.

Strauss, A., Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada* (2.^a ed.). Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-363-1043-5.

Sudhinaraset M. et al. (2016). *Influence of internal Migration on reproductive health in Myanmar: results from a recent cross-sectional survey*. BMC Public Health 16:246.

Sutherland, E., Alaii, J., Tsui, S., Luchehters, S., Okal, J., King'ola, N. (2011). *Contraceptive needs of female sex workers in Kenya- A cross-sectional study*. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. Vol. 16 - cap 3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2011.564683>, (consultado em 17 de janeiro de 2017).

Tarantola, D. (1998). *Expanding the global response to HIV/AIDS through focused action. Reducing risk and vulnerability; definitions and pathways*. In UNAIDS Best Practice Collection Key Material, 17. Geneva: UNAIDS.

Todd, Catherine S. Nasir, A., Stanekzai, Mahammad., Scott, P T., Strathdee, Steffanie a., Botros, Boulos A. & Tjaden, J. (2010). *Contraceptive Utilization and Pregnancy Termination Among Female Sex Workers in Afghanistan*. Journal of

Women's Health, 19(11): 2057-2062. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20879869> - (consultado em 12 de junho de 2013).

Tourangeau, R. et al. (2014). *Hard-to-Survey Populations*. Cambridge Univ. Press. ISBN 978-1-107-03135.

UNAIDS (2013). *Report on the Global AIDS Epidemic 2012*.

UNAIDS (2012). *Plano de Acção de Maputo em Saúde Direitos Sexuais e Reprodutivos, 2007-2010*.

UNAIDS (2010). *Report on the Global AIDS Epidemic 2009*.

UNICEF (2017). *Relatório sobre a situação da criança em Moçambique em 2016*.

UNDP (2015). *Relatório de Desenvolvimento Humano em 2015: O trabalho como motor do desenvolvimento humano*. New York: PBM Graphics, RR Donnelley. ISBN 978-92-1-626029-3.

UNDP (2007). *Relatório Nacional do desenvolvimento humano 2007 Moçambique: Desafios e oportunidades a resposta ao HIV e SIDA*.

UN Women (2012). *Handbook for National action plans on violence against women*. New York.

UNFPA (2016a). *Situação da população mundial 2016*.

UNFPA (2016b). *Situação da população mundial para Moçambique, 2016: 10 nossas raparigas – nosso futuro*. Moçambique.

UNFPA (2015). *Situação da população mundial 2015: Abrigo da tempestade uma agenda transformadora para mulheres e meninas em mundo propenso a crises*. New York.

UNFPA (2014). *Situação da população mundial 2014. O poder de 1,8 bilião: Adolescentes, jovens e a transformação do futuro*. New York.

UNFPA (2013). *Situação da população mundial 2013. Maternidade precoce: Enfrentando o desafio da gravidez na adolescência*. New York.

UNFPA, Moçambique (2012). *Por escolha, não por acaso: Planeamento familiar, direitos humanos e desenvolvimento*. New York.

UNFPA (2007). *Migration: a world on the move*. Disponível em: <http://www.unfpa.org/pdf/migration.htm>. (consultado em 28 de abril de 2013).

Warenius, L. (2008). *Sexual and Reproductive Health Services for Young People in Kenya and Zambia: Providers' attitudes and young people's needs and experiences*. Universitetsservice US-AB. Karolinska Institutet.

Webber, G., Spitzer, D., Somrongthong, T., Kounnavongsa (2012). *Factors and barriers to accessing reproductive health care for migrant beer promoters in Cambodia, Laos, Thailand and Vietnam: A mixed methods study*. Globalization and Health. BMC. Disponível em: <http://www.globalizationandhealth.com/content/8/1/21>. (consultado em 19 de junho de 2014).

Webber, G. & Spitzer, D. (2010). *Sexual and Reproductive health issues facing Southeast Asian beer promoters: a qualitative pilot study*. BMC Public Health. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/389>. (consultado em 8 de maio de 2012).

World Bank Annual Report (2015). *Open knowledge Repository*. Disponível em: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/22550>

WHO (2003). *International migration, Health and Human Rights*.

WHO (2010). *Social Determinants of sexual and reproductive Health: informing future research and programme implementation*. WHO press, World Health Organization, Geneva. ISBN 978-92-4-159952-8.

WHO (2011). *Social Determinants of Health*. Disponível em http://www.who.int/topics/social_determinants/en/ (consultado em 22 de dezembro de 2012).

WHO (2013). *Global report DST 2013*.

Vidal, D. (2008). *Vivre sur fond de frontières. Les Migrants du Mozambique à Johannesburg : Cultures et conflits en ligne*. Disponível em <http://conflits.revues.org/17301>. (consultado em 20 de abril de 2014).

Yao, J., Murray, A., Agadjanian, V., Hayford, S. (2012). *Geographic influences on sexual and reproductive health service utilization in rural Mozambique*. Appl Geogr. 2012 March;32(2): 601–607, doi: 10.1016/j.apgeog.2011.07.009.

Zuma, K., Gowns, E. Williams, B., Lurie. (2003). *Risk factors for HIV infection among women in Carletonville: migration, demography and sexually transmitted disease*. International Journal of STD & AIDS e003; 14: 814.

9. APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA AS ENTREVISTAS COLETIVAS

Maputo,/...../2014

Prezada senhora,

Sou investigadora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical-IHMT da Universidade Nova de Lisboa e do Instituto Superior de Ciências de Saúde - ISCISA e solicito a sua colaboração para participar de um estudo sobre *“Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Moçambicanas Praticantes do Comércio Informal Transfronteiriço no Contexto das Migrações em Moçambique”*. Este estudo poderá contribuir para propor estratégias de intervenção e de desenvolvimento de políticas e programas de saúde adequadas para o grupo.

Para tal, convido a senhora a participar numa entrevista colectiva que terá uma duração aproximada de 1 hora e 30 minutos. Pedimos ainda a sua autorização para a gravação em fita cassete dessa entrevista.

Sua participação neste estudo é voluntária e a senhora poderá se retirar dele a qualquer momento. O sigilo sobre as informações fornecidas e o seu anonimato estarão garantidos, bem como a utilização da informação exclusivamente no âmbito deste trabalho. Em caso de dúvidas a senhora poderá contactar a investigadora principal. Esclareço ainda que esta pesquisa foi aprovada pelo Comité de Ética do IHMT e do Comité Nacional de Bioética de Moçambique.

Esperando contar com a sua participação, agradeço antecipadamente a sua valiosa colaboração neste trabalho.

Cordialmente

Joana Gomes Salia

Investigadora Principal, Doutoranda em Saúde Internacional

Contacto: +258823072770

Sim, aceito participar no estudo

Assinatura

Impressão digital

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA O QUESTIONÁRIO

Maputo,/...../2015

Prezada senhora,

Convido-a participar numa entrevista individual do estudo:

Título: *“Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Moçambicanas Praticantes do Comércio Informal Transfronteiriço no Contexto das Migrações em Moçambique”.*

Investigadora principal: Joana Fernando V. Gomes Salia, pesquisadora no Instituto Superior de Ciências de Saúde - ISCISA e no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.

Objectivos: Analisar os factores de procura e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e os determinantes de vulnerabilidade para as ISTs/VIH/SIDA e gravidezes indesejadas nas mulheres de alta mobilidade praticantes do comércio informal transfronteiriço residentes na cidade e província de Maputo.

Justificação para a realização do estudo: Para propor estratégias de intervenção e de desenvolvimento de políticas e programas de saúde adequadas para o grupo.

População do estudo: Mulheres de alta mobilidade praticantes do comércio informal transfronteiriço (*Mukheristas*) filiadas na *Mukhero*, residentes na cidade e província de Maputo, sul de Moçambique.

Motivo da selecção: Por a *Mukhero* trazer consigo grandes desafios para a saúde pública, na medida em que pouco se conhece sobre o comportamento sexual e reprodutivo destas mulheres, dos determinantes de risco e vulnerabilidade, procura e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva;

Procedimentos:

- Número de visitas: uma visita
- Duração da entrevista: no máximo, 1 hora;

- Tipo de intervenções: questionário estruturado com perguntas fechadas;

Riscos e benefícios: Não há riscos para os participantes do estudo e os benefícios são de que as futuras intervenções e/ou conhecimento gerado serem disponibilizados para este grupo de mulheres.

Confidencialidade: O sigilo sobre as informações fornecidas e o seu anonimato estarão garantidos, bem como a utilização da informação exclusivamente no âmbito deste trabalho, uma vez que a investigadora principal será a única a ter acesso aos questionários preenchidos e requalificados com recurso a uma nova numeração;

Voluntariedade: A participação no estudo é voluntária e os elementos podem- se retirar dele a qualquer momento;

Contactos dos investigadores: Em caso de dúvidas, a senhora poderá contactar a investigadora principal. Esclareço ainda que esta pesquisa foi aprovada pelo Comité de Ética do IHMT da Universidade Nova de Lisboa e Comité Nacional de Bioética para a Saúde de Moçambique.

Esperando contar com a sua participação, agradeço antecipadamente a sua valiosa colaboração neste trabalho. Cordialmente

Joana Gomes Salia

Investigadora Principal, Doutoranda em Saúde Internacional

Contacto: +258823072770

Sim, aceito participar no estudo

Assinatura

Impressão digital

APÊNDICE III

GUIÃO PARA A CONDUÇÃO DOS GRUPOS FOCAIS

“ WARM UP”

Antes de entrarmos propriamente no tema do encontro, gostaria que nos apresentássemos uns aos outros para nos conhecer um pouco melhor.

1. O MUKHERO / COMÉRCIO INFORMAL TRANSFRONTEIRIÇO

- ➔ Desde quando praticam o MUKHERO? (Experiências)
- ➔ Quais foram as razões que vos levou a praticar o MUKHERO? (Motivação)

2. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Infecções sexualmente transmissíveis (HIV, Gonorreia, Sífilis, HPV...)

- ➔ Quando têm dúvidas sobre as IST/HIV/SIDA, onde recorrem?
- ➔ A quem vocês recorrem? (Conhecimento)
- ➔ Quando têm problemas de IST como os resolvem? (Atitudes)
- ➔ Acham que a camisinha protege contra a infecção por HIV? (Percepção de risco e vulnerabilidade face as IST/HIV e Práticas sexuais)
- ➔ E outras doenças sexualmente transmissíveis?

Planeamento familiar

- ➔ Não sei se têm ouvido falar sobre as campanhas da semana da mãe e da criança no nosso país? o que pensam sobre o assunto? (PF) (Relacionamento com as políticas públicas)
- ➔ Nas vossas condições, se uma de vocês não quiser ter mais filho, o que pensam que deve ser feito? (conhecimentos e utilização dos métodos contraceptivos)
- ➔ Como acham que as influências familiares, usos e costumes podem afectar o uso de contraceptivos? (influência da família, companheiro/cônjuge, comunidade, religião, crenças ...).
- ➔ Em caso de discordância ou proibição, como se resolve o problema? (Poder de decisão)

- ➔ Estando uma de vocês grávida e não desejando ter aquele filho, mas querendo interromper a gravidez, quais os conselhos a dar para a Interrupção da gravidez? (Estimular a IVG assistida por profissionais de saúde/ Atitudes e práticas).

3. PERCEPÇÃO SOBRE ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE (IST, PF) E SOBRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- ➔ Falando sobre os serviços de saúde, o que funciona melhor no atendimento e utilização das consultas de IST, PF? (Aspectos facilitadores);
- ➔ Na vossa opinião, o que funciona pior nesses serviços (barreiras - Geográficas, Económicas, Sociais e Organizacionais incluindo a atitude e formação do pessoal da saúde, tempo de espera, disponibilidade dos contraceptivos e preservativos, horário, cobranças ilícitas).

Comentários finais/outras considerações

PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO INDIVIDUAL (características sociodemográficas)

FIM, Muito obrigada

APÊNDICE IV

Saúde Sexual e Reprodutiva de Mulheres Moçambicanas Praticantes de Comércio Informal Transfronteiriço no Contexto das Migrações em Moçambique

Este questionário deve ser preenchido utilizando esferográfica azul ou preta. Se eventualmente se enganar a assinalar a sua resposta, deverá preencher o quadrado na totalidade, e preencher o quadrado correspondente com uma cruz à resposta que pretende.

Nº do questionário _____ Data ____/____/____ Hora Inicio: ____:____
Entrevistador.....

Este questionário pretende inquirir as mulheres residentes na cidade e província de Maputo, praticantes de *Mukhero*. O objectivo principal é **Analisar os factores de procura e utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva e os determinantes de vulnerabilidade para as Infecções Sexualmente Transmissíveis incluindo o HIV/SIDA e gravidezes indesejadas nas mulheres de alta mobilidade praticantes de comércio informal transfronteiriço residentes na cidade e província de Maputo**. Os dados recolhidos serão usados apenas no âmbito da pesquisa, são confidenciais e anónimos. A duração prevista para a aplicação do questionário é de 40 minutos.

Secção 1: Características sociodemográficas

| Nº | Pergunta | Hipóteses de Resposta | Observações / Instruções |
|----|--|---|---|
| 01 | Idade | ____/____/____ | DD/MM/AA |
| 02 | Estado civil | <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> União marital <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viúva | |
| 03 | Habilitações literárias | <input type="checkbox"/> Nenhumas <input type="checkbox"/> 1ª – 2ª Classe <input type="checkbox"/> 3ª – 5ª Classe <input type="checkbox"/> 6ª – 7ª Classe <input type="checkbox"/> 8ª – 10ª Classe <input type="checkbox"/> 11ª – 12ª Classe <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ | Assinalar a habilitação literária completa e não apenas a que frequentou |
| 04 | Para além do Mukhero, qual a sua actividade profissional? | <input type="checkbox"/> Trabalhador. Qual a sua actividade profissional? _____ <input type="checkbox"/> Desempregado(a) <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Reformado(a) <input type="checkbox"/> Mais nenhuma Outra. Qual? _____ | Se for “trabalhador”, questionar a actividade profissional que desempenha |
| 05 | Tinha outra actividade profissional antes do Mukero | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, qual o tipo de actividade que exercia? <input type="checkbox"/> Funcionária pública | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| | | <input type="checkbox"/> Funcionária no privado <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Doméstica <input type="checkbox"/> Vendedora informal <input type="checkbox"/> Outra. Qual? _____ | |
| 06 | Residência actual | Bairro residência _____ | |
| 07 | Agregado familiar: Na sua casa, vivem quantas crianças e adultos? | Nº de crianças _____ Indicar as respectivas idades (em meses ou em anos) para todas as crianças: | Registrar a idade indicando em <u>meses</u> ou <u>anos</u> . Exemplo: 3 crianças; 5 meses; 2 anos; 10 anos |
| | | Nº de adultos incluindo o próprio (≥ 18 anos) _____ | |
| 08 | Qual o rendimento económico mensal proveniente do Mukhero? | <input type="checkbox"/> Equivalente a 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> Equivalente a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> Equivalente a 4 salários mínimos <input type="checkbox"/> Equivalente a 6 salários mínimos <input type="checkbox"/> Superior a 6 salários mínimos | Assinalar só uma opção Salário mínimo = 4.222,00 meticais |

Secção 2: Actividade do Mukhero

| Nº | Questão | Hipóteses de Resposta | Observações / Instruções |
|----|---|--|---|
| 09 | Quando começou a praticar o Mukhero? | ----- (Anos) / ----- (Meses) | Se respondeu 6 meses colocar 0 anos e 6 meses. |
| 10 | Quais os Motivos que a levou a praticar o Mukhero? | Falta de escolarização <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Desemprego <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Baixo salário do parceiro/marido <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Separação conjugal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Viuvez <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Altas taxas fiscais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Aumentar a renda familiar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Influência da família <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Influência de amigas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Outros <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Quais _____ | Ns/Nr (Não sabe - Ns / Não responde - Nr) |
| 11 | Quantas vezes se desloca para RSA e/ou Swazilândia? | -----/Por ano -----/Por mês ----- /Por semana | Assinalar o número de vezes |
| 12 | Que tipo de produtos busca para comercializar | <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Vestuário e acessórios <input type="checkbox"/> Produtos alimentares <input type="checkbox"/> Electrodomésticos <input type="checkbox"/> Mobiliário <input type="checkbox"/> Outros Quais? _____ | Possível marcar mais do que uma opção |

| | | | |
|----|--|--|---------------------------------------|
| 13 | Que tipo de produtos leva para comercializar? | <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Vestuário e acessórios <input type="checkbox"/> Produtos alimentares <input type="checkbox"/> Electrodomésticos <input type="checkbox"/> Mobiliário <input type="checkbox"/> Outros Quais? _____ | Possível marcar mais do que uma opção |
| 14 | O que tem feito com o rendimento da sua actividade do Mukhero? | <input type="checkbox"/> Poupança <input type="checkbox"/> Feito pagamento do aluguer de casa <input type="checkbox"/> Feito pagamento dos estudos dos meus filhos <input type="checkbox"/> Tenho comprado comida e vestuário <input type="checkbox"/> Expansão do negócio <input type="checkbox"/> Comprei casa <input type="checkbox"/> Comprei carro <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ | Possível marcar mais do que uma opção |
| 15 | Quais os benefícios de pertencer a associação Mukero? | <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Obtenção de informação geral <input type="checkbox"/> Educação para a saúde <input type="checkbox"/> Troca de experiência de negócios entre os membros <input type="checkbox"/> Sobre procedimentos administrativos e fiscais <input type="checkbox"/> Outros. Quais? _____ | Possível marcar mais do que uma opção |

Secção 3: Consciência da problemática e conhecimentos, atitudes e práticas das IST/HIV/SIDA

| Nº | Questão | Hipóteses de Resposta | Observações / Instruções |
|----|---|---|--------------------------|
| 16 | Já ouviu falar das seguintes doenças de transmissão sexual? | HIV/SIDA <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Gonorreia (sujidade purulenta) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Sífilis <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Tricomoníase (sujidade branca ranhosa) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Candidíase (sujidade branca como iogurte) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr HPV (causador do cancro do colo do útero) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | |
| 17 | Alguma vez fez testagem do HIV? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | |
| 18 | Como se pode contrair o HIV/SIDA? | Via sexual <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr R.S. sem protecção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr R.S. sem protecção com vários parceiros <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Através da amamentação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Durante o parto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Partilha do mesmo copo /sanita <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Transusão sanguínea <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Da mãe para filho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Uso de agulhas contaminadas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Tatuagens e Escarificações <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Através da picada de mosquito <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | R.S. = relações sexuais |

| | | | |
|----|--|---|---------------------------|
| 19 | Quem pode estar em perigo de contrair o HIV? | Trabalhadores de sexo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Camionistas de longo curso <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Pessoas de alta mobilidade <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Outros. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Quais? _____ | |
| 20 | Qual é a possibilidade de contrair o HIV/SIDA em pessoas que viajam muito /mukheristas? | <input type="checkbox"/> Sem possibilidade <input type="checkbox"/> Pouca possibilidade <input type="checkbox"/> Muita possibilidade <input type="checkbox"/> Ns/Nr | Assinale apenas uma opção |
| 21 | Quais os seguintes métodos servem para a prevenção do HIV/SIDA? | - Uso do preservativo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr - Redução do nº de parceiros sexuais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr - Ter 1 único parceiro sexual não infectado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr - Ter 1 único parceiro sexual não infectado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr - R.S. com vários parceiros <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr - R.S. com raparigas virgens <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr - R.S. com rapazes virgens <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | R.S. = relações sexuais |
| 22 | Alguma vez fez testagem da Sífilis? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | |
| 23 | Como se pode contrair a Sífilis? | Via sexual <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr R.S. sem protecção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr R.S. sem protecção com vários parceiros <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Transfusão sanguínea <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Da mãe para filho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Através da picada de mosquito <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | R.S. = relações sexuais |
| 24 | Quem pode estar em perigo de contrair a sífilis? | Trabalhadores de sexo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Camionistas de longo curso <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Pessoas que viajam muito (mukheristas) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Outros. Quais? _____ | |
| 25 | Qual é a possibilidade de contrair a sífilis em pessoas que viajam muito/ Mukheristas? | <input type="checkbox"/> Sem possibilidade <input type="checkbox"/> Pouca possibilidade <input type="checkbox"/> Muita possibilidade <input type="checkbox"/> Ns/Nr | Assinale apenas uma opção |
| 26 | Quais os seguintes métodos servem para a prevenção da Sífilis? | - Uso do preservativo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr - Redução do nº de parceiros sexuais <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr - Ter 1 único parceiro sexual não infectado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr - R.S. com vários parceiros <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | R.S. = relações sexuais |
| 27 | Alguma vez fez testagem do HPV? (PAPANICOLAU) | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | |
| 28 | Como se pode contrair o HPV? | Via sexual <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr R.S. sem protecção <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr R.S. sem protecção com vários parceiros <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | |

| | | | | |
|----|--|--|--|--------------------------|
| | | Partilha do mesmo copo /sanita Através da picada de mosquito | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | |
| 29 | Quem pode estar em perigo de contrair o HPV? | Trabalhadores de sexo Camionistas de longo curso Pessoas de alta mobilidade Pessoas tiveram actividade sexual precoce Outros. Quais? _____ | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | |
| 30 | Qual é a possibilidade de contrair o HPV em pessoas que viajam muito /mukheristas? | <input type="checkbox"/> Sem possibilidade <input type="checkbox"/> Pouca possibilidade <input type="checkbox"/> Muita possibilidade <input type="checkbox"/> Ns/Nr | | |
| 31 | Quais os seguintes métodos servem para a prevenção do HPV? | - Uso do preservativo - Redução do nº de parceiros sexuais - Ter 1 único parceiro sexual não infectado - R.S. com vários parceiros | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | R.S. = relações sexuais |
| 32 | Teve relações sexuais ocasionais nos últimos 30 dias? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr se SIM, usou SEMPRE o preservativo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | | Ocasional = "andar fora" |
| 33 | Quantos parceiros sexuais teve nos últimos 30 dias? | ----- (número) | | |
| 34 | Alguma vez teve relações sexuais em troca de dinheiro /bens/serviços? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Se SIM, por quê? <input type="checkbox"/> Dinheiro <input type="checkbox"/> Bens <input type="checkbox"/> Serviços <input type="checkbox"/> Outro, Qual? _____ | | |

Secção 4: Problemática das gravidezes indesejadas e conhecimentos, atitudes e práticas em relação a contraceptivos modernos

| Nº | Questão | Respostas | Observações |
|----|---------------------------------|--|-----------------|
| 35 | Alguma vez esteve grávida | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Se SIM, Quantas vezes? _____ Quantos filhos biológicos teve? _____ | |
| 36 | Alguma vez usou contraceptivos? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, quais dos seguintes usa/usou? <input type="checkbox"/> Pílula <input type="checkbox"/> Injecção <input type="checkbox"/> Laqueação <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Implante <input type="checkbox"/> Vasectomia | Possível marcar |

| | | | |
|----|--|---|---|
| | | <input type="checkbox"/> Preservativo <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ | <input type="checkbox"/> Tradicionais mais do que uma opção |
| 37 | Quais os motivos para o uso dos contraceptivos? | <input type="checkbox"/> Não querer ter mais filhos <input type="checkbox"/> Espaçamento das gravidezes <input type="checkbox"/> Bem-estar da mulher <input type="checkbox"/> Por doença impeditiva <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ | Possível marcar mais do que uma opção |
| 38 | Dos contraceptivos que usa, sempre conseguiu obtê-los nas US do SNS? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Se NÃO, quais as causas? <input type="checkbox"/> Ruptura de stocks <input type="checkbox"/> Falta de outras opções <input type="checkbox"/> Efeitos colaterais / secundários <input type="checkbox"/> Falta de informação <input type="checkbox"/> Outros, quais? _____ | U.S.= Unidades Sanitárias SNS = Serviço Nacional de Saúde Possível marcar mais do que uma opção |
| 39 | Está satisfeita com os contraceptivos escolhidos? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Se NÃO , porquê? _____ | |
| 40 | Quem decide sobre o uso dos contraceptivos? | <input type="checkbox"/> Própria <input type="checkbox"/> Em conjunto com o marido / parceiro <input type="checkbox"/> Em conjunto com familiares <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ | Possível marcar mais do que uma opção |
| 41 | Alguma vez teve uma gravidez não desejada? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Se SIM , quantas vezes? _____ | Escrever o nº de vezes |
| 42 | Que medidas tomou em casos de gravidez não desejada? | Procura o SNS para abortar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Procura U.S. privada para abortar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Procura medicinas alternativas <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Procura conselhos de amigos <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Procura conselhos de familiares <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Usa Instrumentos perfuro-cortantes <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Deixa a gravidez até ao fim <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Outro, Qual? _____ | U.S.= Unidades Sanitárias |

Secção 5: Procura e utilização dos serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva

| Nº | Questão | Respostas | Observações |
|----|---|---|----------------------------------|
| 43 | Nos últimos 30 dias teve alguma destas situações? | Corrimento vaginal (sujidade) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Dor no baixo-ventre <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Prurido genital (comichão) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Úlcera/ferida/tumoração genital <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr Necessidade de fazer PF <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr | PF = Planeamento Familiar |
| 44 | Procurou os serviços de saúde | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se NÃO passa a questão |

| | | | |
|----|--|--|-------------------------------|
| | sexual e reprodutiva nos últimos 30 dias? | <input type="checkbox"/> Ns/Nr Onde? <input type="checkbox"/> Moçambique <input type="checkbox"/> RSA <input type="checkbox"/> Suazilândia Se SIM , quem interferiu nessa decisão? <input type="checkbox"/> Marido/parceiro <input type="checkbox"/> Sogra <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Ninguém <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ Se NÃO , quem interferiu nessa decisão? <input type="checkbox"/> Marido/parceiro <input type="checkbox"/> Sogra <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Ninguém <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ | seguinte |
| 45 | Sente-se satisfeita com os serviços de saúde sexual e reprodutiva do SNS? | <input type="checkbox"/> Muito insatisfeita <input type="checkbox"/> Insatisfeita <input type="checkbox"/> Mais ou menos satisfeita <input type="checkbox"/> Satisfeita <input type="checkbox"/> Muito satisfeita | Assinalar só uma opção |
| 46 | Que tipo de dificuldades encontra na procura e utilização dos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva no SNS? | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> - Distância - Custos - Longo tempo de espera - Inadequação do horário - Cobranças ilícitas - Maus tractos - Atitudes incorrectas dos P.S. - Pressão familiar - Crenças religiosas - Nenhumas </div> <div> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ns/Nr </div> </div> | P.S. = Profissionais de Saúde |

Hora Fim: ____:____

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.